

سلسلة اصدارات الخدمة الاجتماعية فى السودان

# الخدمة نظرياً - الاجتماعية وأخلاقياتها



أ.د. مختار إبراهيم عجوبة







نظريات الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها



بسم الله الرحمن الرحيم

سلسلة إصدارات الخدمة الاجتماعية في السودان  
إصدار رقم (١)

# نظريات الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها

أ. د. مختار إبراهيم عجوبة

جامعة النيلين

٢٠١٠ - ٢٠١١ م

الكتاب : نظريات الخدمة الإجتماعية وأخلاقياتها

المؤلف : أ.د. مختار إبراهيم عجوبة

رقم الإيداع : ١٩٧٦٤ / ٢٠١٠

تاريخ النشر : ٢٠١٠

ردمك : ٢٢٧-٤٥-٤٢-٩٩٩ الطبعة الأولى

حقوق الطبع والنشر والاقتباس محفوظة ولا يسمح بإعادة

نشر هذا العمل كاملاً أو أى قسم من أقسامه ، بأى شكل من

أشكال النشر إلا بإذن كتابى

الناشر : دار عزة للنشر والتوزيع

الإدارة : شارع الجامعة - الخرطوم - جنوب وزارة الصحة.

ت: ٨٣٧٨٧٢٠٠ فاكس : ٨٣٧٩٧٠٨٤ (١ - ٢٤٩ +)

التوزيع : دار عزة للنشر والتوزيع ت : ٨٣٧٨٧٢٠١

السودان - الخرطوم . ص.ب : ١٢٩٠٩

azzaph@yahoo.com

بريد إلكترونى

بسم الله الرحمن الرحيم

## تقديم

لقد كان من المفترض أن يصدر كتاب نظريات الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها في كتيبين منفصلين يمثلان بداية سلسلة إصدارات الخدمة الاجتماعية في السودان، ويحمل الأول فيهما عنوان "نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية" بينما يأتي الثاني تحت عنوان: "أخلاقيات الخدمة الاجتماعية" ولكن نسبة لصعوبات النشر وتكلفته الباهظة فقد أتنق رأي المؤلف مع رأي الطابع في أن يتم إصدار الكتيبين في كتاب واحد تحت مسمى "نظريات الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها" وأن ينقسم الكتاب إلى جزئين، على أن تتدرج فصول كل جزء تحته وبصورة مستقلة.

وفي النهاية فإن المؤلف يود أن يتقدم بجزيل الشكر والتقدير لصاحبة السمو الملكي الأميرة الدكتورة الجوهرة بنت سعود بن عبدالعزيز آل سعود على ما قدمته من دعم مادي لنشر هذا الكتاب ليكون نقطة انطلاق علمية للتعاون بين الاخصائين الاجتماعيين في السودان وفي المملكة العربية السعودية.

مختار عجبوبة

الخرطوم ٢٦/٩/٢٠١٠م





بسم الله الرحمن الرحيم

## **الجزء الأول**

### **نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية**



## محتويات الجزء الأول

الصفحة	الموضوع
١١	المقدمة : نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية
٢١	الفصل الأول : نظرية التحليل النفسى فى الخدمة الاجتماعية
٢٩	الفصل الثانى : النظرية الوظيفية لممارسة الخدمة الاجتماعية
٣٥	الفصل الثالث : نظرية الأنساق الكبرى فى ممارسة الخدمة الاجتماعية
٤٣	الفصل الرابع : نظرية الادراك فى ممارسة الخدمة الاجتماعية
٥٥	الفصل الخامس : نظرية الإرشاد المتمركز حول العميل وتسمى نظرية الإرشاد النفسى
٦٣	الفصل السادس : منظور العلاج السلوكى فى الخدمة الاجتماعية
٧١	الفصل السابع : نظرية التدخل المهنى فى الأزمات
٧٥	الفصل الثامن : المنظور الوجودى فى الخدمة الاجتماعية
٨١	الفصل التاسع : نظرية العلاج الأسرى
٩٥	الفصل العاشر : المنظور الراديكالى لممارسة الخدمة الاجتماعية
١٠٣	الفصل الحادى عشر : منظور تكامل طرق الخدمة الاجتماعية ومجالاتها
١١٥	الفصل الثانى عشر : منظور توطين تعليم الخدمة الاجتماعية وطرق ممارستها
١٢٣	قائمة المراجع





## المقدمة

### نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية

### Theories Of Social Work Practice

لقد تم تطوير كثير من أنواع الأطر النظرية لمساعدة الممارسين للخدمة الاجتماعية، وقد اجمعت معظم هذه الأطر النظرية علي ضرورة الاهتمام بالانسان في مختلف أبعاده ومكوناته وطبيعته البشرية البيولوجية والثقافية وخبراته في ضوء محيطه الاجتماعي والايديولوجي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه بما يساعد الاخصائيين الاجتماعيين فكريا ويتطلب منهم اكتشاف مساحات جديدة لأفكارهم وممارساتهم . وهذا الكتيب يحاول أن يعطي صورة موجزة للمنطلقات النظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية ، حتي يستطيع طلاب الخدمة الاجتماعية في السودان الإلمام ببعض جوانب هذه النظريات وتطبيقاتها في البلدان الغربية وبمرور الزمن قد نستطيع تطبيق هذه النظريات في السودان، سواء قبلناها كما هي أو قمنا بتعديلها أو حتي تطوير نظريات جديدة ، فالدعوة إلي التاصيل في بلادنا العربية لم تتجاوز الشعارات حتي الآن والخدمة الاجتماعية لا تقوم علي مجرد الشعارات لأنها مهنة ممارسة كما يقول علماؤها .

وبما أن الخدمة الاجتماعية قد استمدت معظم نظرياتها في الممارسة من علمي النفس والاجتماع، إلا أن هذا الانقسام لا يزال ماثلا في محاولة التنظير لها حيث يتنازع هذا التنظير تياران أساسيان، التيار البنائي الذي ينطلق من نظريات علم الاجتماع، والتيار النفسي الذي ينطلق من قاعدة علم النفس في تفسيراتها للصعوبات الشخصية التي يواجهها الانسان في حياته، فالتيار البنائي الاجتماعي يركز علي العوامل السياسية والاقتصادية والبيئية المادية التي يعيش فيها الناس، ويركز هذا التيار علي ظواهر اجتماعية محددة كالاضطهاد والتفرقة والفقر وعدم المساواة وعدم العدالة في توزيع الفرص بين الناس والحرمان .

وفي الحقيقة فإن نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية قد تأثرت بالتيار النفسي في تفسير السلوك البشري وما يحيط بهذا السلوك من أفكار ومشاعر وعواطف غير سوية والتي تفتقر إلى العقلانية سواء في اتجاهات العملاء أو أقوالهم أو أفعالهم سواء كانت محكومة بخبراتهم الماضية أم واقعهم الراهن الذي ينطوي على قدر كبير من الصعوبات في تواصلهم مع الآخرين ، وفي إصدار هذا الكتيب اعتمد المؤلف على مجموعة واسعة من المصادر التي تم اثباتها في قائمة المراجع.

### ما المقصود بنظريات الخدمة الاجتماعية؟

هنالك أربعة مصطلحات تعتبر ذات أهمية لأي نظرية من النظريات في العلوم المختلفة وهي كالآتي :

#### ١. المفاهيم : Concepts

هي الرموز التي تطورت بواسطة علم من العلوم وتقوم بوصف الظاهرة التي يتم التعامل معها مثل ظاهرة التشرد والهجرة والفقر والبطالة .  
وهي عبارة عن علاقات أو مؤشرات يتم التعامل معها عن طريق الباحثين في أي علم من العلوم وهي المفاهيم التي يتم الاتفاق عليها بين الدارسين كمفهوم طرق الخدمة الاجتماعية أو مجالات ممارستها .

#### ٢. الحقائق : Facts

هي التي يمكن الوصول إليها عن طريق البحث العلمي وبلورتها ويتم التوصل إليها أيضا عن طريق الملاحظة العلمية وهي الحقائق القابلة فيما بعد للتطبيق في واقع العمل وهي حقائق نسبية يمكن الاستفادة منها في المستقبل عن طريق البحث العلمي .

وقد يتوصل باحث من الباحثين إلى حقائق معينة ولكن يأتي باحث آخر بنتائج مختلفة أو يدحض النتائج التي توصل إليها الباحثون من قبل ومن ثم يمكن القول بأن نظرية الخدمة الاجتماعية نظرية مرنة قابلة للتجديد ، وتتطور من خلال إعادة ترتيب الحقائق وإيجاد العلاقة بصورة علمية من خلال الملاحظة والترويج للنظرية .



### ٣. الفرضيات : Assumptions

والفرضيات عبارة عن مقولات يمكن اختبارها علي أرض الواقع ومن ثم تتطور النظرية وتثبت المبادئ . وهي عبارة عن مقولات تساعدنا علي التنبؤ بالظواهر ويمكن أن تؤدي هذه الظواهر إلي ظهور نتائج كالقول مثلا :

إن الحروب تؤدي إلي الهجرة إلي المدن والهجرة إلي المدن تؤدي إلي ظاهرة السكن العشوائي ، والسكن العشوائي يؤدي إلي التلوث البيئي ، والتلوث البيئي يؤدي إلي انتشار الأمراض والأوبئة ، وانتشار الأمراض يؤدي إلي وفيات بين السكان وخاصة الأطفال .

### ٤. المبادئ : Principles

هي ما يمكن أن نتوصل إليه من خلال النظريات مع ضرورة حيادية الباحث التي تساعد علي التعميمات أو الوصول إلي نتائج معقدة .

والخدمة الاجتماعية علي وجه التحديد تلتزم إلتزاما مطلقا باتساق مبادئها وعدم تعارضها مع اخلاقيات المهنة وفقا للمبادئ المعروفة في الخدمة الاجتماعية كمبدأ السرية ومبدأ العلاقة المهنية ومبدأ النقبل ومبدأ حق تقرير المصير وغيرها. ومما سبق يتضح أن النظرية مهمة في الخدمة الاجتماعية لأنها تساعد الممارسين في الخدمة الاجتماعية علي الاضطلاع بمهنة فكرية تساعدكم علي مجموعة من حل التعقيدات التي تواجههم في مواقع عملهم .إلا أن هنالك من يري ان مهنة الخدمة الاجتماعية لا تحتاج إلي نظريات لأنها دائما تعتمد علي الممارسة الفعلية إلا أن هذه المآخذ قد تم الرد عليها في دراسات بأن الخدمة الاجتماعية ليست مهنة أو حرفة فحسب و إنما أصبحت علما شأنها شأن العلوم الأخرى ولها فلسفتها ونظرياتها وقاعدتها العلمية والمعرفية ومؤسساتها التعليمية علي أعلي المستويات ، هذا إن كانت نظريات الخدمة الاجتماعية قد تطورت في مجال ممارسة الخدمة الاجتماعية العلاجية والأسرية والنفسية والمسنين وغيرها أو بمعنى آخر مجالات ممارسة خدمة الفرد ، وفي الواقع فإن الخدمة الاجتماعية قد تمكنت من تطوير نظرياتها مع الأنساق الصغرى كالفرد والأسرة والأنساق

الكبري كالمجتمع ، وفي توظيفنا لنظريات الخدمة الاجتماعية وجدنا هناك حوالي أربعة عشرة مدخلا لبناء النظرية في الخدمة الاجتماعية وتشمل ما يلي :

١. محاولات ما قبل النظرية وهي الجهود التي بذلت لتطوير النظرية وذلك مثل الجهود التي بذلتها ميرري رتشموند في كتابها التشخيص الاجتماعي ومحاولتها الاستفادة القصوي من نظرية التحليل النفسي ( فرويد ) في ممارسة خدمة الفرد .

٢. تجميع مختلف الأدبيات والكتابات في الخدمة الاجتماعية والخروج منها بنظرية محددة تجمع بين هذه الكتابات .

٣. البحث عن ما أجمع عليه الكتاب من مداخل نظرية معتمدين علي غيرهم من الكتاب سواء في مجال الخدمة الاجتماعية أو غيرها من المجالات ، ومثل هذه الجهود تؤدي إلي نسق النظريات كالنسق النفسي الاجتماعي أو مداخل حل المشكلات التي طورتها ( هلين برلمان ) في النسق الاجتماعي للتحليل النفسي والاجتماعي لنظرية ( فرويد )

٤. محاولة بعض الدارسين استخلاص نظرية من مجموعة من النظريات وذلك مثل الجهود التي بذلتها ( جوان استيفن ) التي استخلصت نظرية من مجموعة من النظريات ذات الصلة بالأسرة واطلقت عليها نظرية العلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية .

٥. هناك مجموعة من المداخل وهي الجهود التي يبذلها بعض الدارسين لتطوير أو تحديث النظريات التقليدية أو الكلاسيكية .

٦. المدخل الذي يقوم علي إجراء البحوث ثم استخلاص النظريات من النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه البحوث .

لقد عدد كثير من الدارسين ( Pyne ) و ( Turner ) كثيرا من العوامل التي أسهمت في تأسيس نظريات ممارسة الخدمة الاجتماعية ، ومن هذه العوامل :

١. محاولة تقديم المساعدة الإنسانية بصورة منتظمة .
٢. محاولة ضبط وتنظيم وإدارة خدمات الرعاية الاجتماعية .

٣. التطورات أو التغيرات التي صاحبت المؤسسات الاجتماعية الجديدة .
  ٤. الاتجاهات والايديولوجيات الاقتصادية والسياسية التي حكمت بلدان الديمقراطية الغربية .
  ٥. تغير الاحتياجات أو تغيرات فهم هذه الاحتياجات وإدراكها من قبل مختلف الجماعات المؤثرة في حياة المجتمع وما يدور بينها من حوارات ومجادلات.
  ٦. التغيرات التي صاحبت مدي الحاجة للضبط الاجتماعي وطرقه ووسائله.
  ٧. تبني قيم ومعتقدات أكثر إنسانية فيما يتعلق بحقوق الإنسان والافراد والجماعات .
  ٨. التغيرات القانونية والتشريعية .
  ٩. التطورات الفكرية والعلمية والأكاديمية الجامعية والبحثية .
  ١٠. الدور المتعاضد لمنظمات وروابط الاختصاصيين الاجتماعيين المهنية والمهن الأخرى ذات الصلة بالخدمة الاجتماعية.
- وعلي العموم فإن النظريات تساعدنا فيما يلي :
١. التدخل المسئول والفعال لممارسة الخدمة الاجتماعية .
  ٢. إدراك العلاقة بين مختلف المتغيرات التي تحكم الظاهرة الاجتماعية وسبل علاجها وخاصة في المواقف الصعبة والمعقدة لمشكلات العملاء .
  ٣. إعادة ترتيب الحقائق ترتيباً علمياً مكتسباً من خلال عدة نظريات أو مداخل لفهم المشكلة الواحدة للسلوك البشري والمواقف الاجتماعية .
  ٤. تساعدنا علي عقد مقارنات وتقويم النتائج التي يمكن أن نتوصل إليها دراسات ممارسة الخدمة الاجتماعية .
  ٥. تساعدنا علي تطوير الخطط العلاجية علي أسس علمية .
  ٦. إعطاء الممارسة القدرة علي التنبؤ وصياغة الفرضيات والتحقق منها .
  ٧. الكشف عن علاقة غير متوقعة وخاصة فيما يتعلق بالسلوك البشري .
  ٨. تراكم المعرفة وزيادة الخبرة التعليمية وتوسيع أفق المعرفة .



٩. تساعدنا علي نقل التجارب من حقل إلى حقل آخر أو من مجال إلى مجال آخر .
١٠. تساعدنا علي مواجهة المشكلات والمآزق التي تواجه الاخصائي الاجتماعي في تعامله مع العملاء .
١١. توظيف النظرية يساعدنا علي تأكيد ما لدينا من معارف ومهارات لممارسة الخدمة الاجتماعية .
١٢. نظريات الخدمة الاجتماعية نظريات تتسم بالمرونة وبالتغير والتجديد حسب متطلبات الحياة ومشكلاتها وثقافات العملاء وايدولوجيات المجتمع وقيمه مع عدم التحيز أو التمييز بين العملاء بسبب الدين أو العرق أو اللغة أو الحالة الصحية أو الفئة العمرية أو النوع أو الطبقة الاجتماعية أو اللون.
١٣. النظريات السلوكية أو نظريات الحياة تساعد الاخصائيين الاجتماعيين علي استخلاص نظريات ممارسة وعلي اختبار الممارسات القائمة لمعرفة ما إذا كانت تنسب إلي أي من النظريات القائمة.
١٤. الممارسات القائمة والتي لا تستند إلي أي أطر نظرية يمكن إعادة تكيفها واختبارها في الواقع العملي وفي مواقف أخرى .
١٥. النظريات التي لا تثبت جدواها في الممارسة العملية للخدمة الاجتماعية يمكن استبعادها أو تعديلها أو تبديلها بنظريات أخرى .
١٦. النظرية عبارة عن سلسلة من التعميمات قائمة علي تراكم الخبرات والممارسة المتنامية التي يمكن تجريد مفاهيمها وتعريفاتها .
١٧. النظرية تنبثق من مصادر متنوعة لتعطي نماذجاً للممارسة .
١٨. النظرية في الخدمة الاجتماعية والتي تتطور من الممارسة يمكن اختبارها وتعديلها عن طريق البحوث التطبيقية والحوارات الفكرية .
١٩. وفي النهاية فإن النظرية توفر لنا قاعدة راسخة لنماذج الممارسة المهنية ولمناهج التدخل المهني والتفسيرات المهنية والرؤي لما يمكن عمله

والمحاسبية لما تم من عمل يساعدنا علي فهم سلوك العملاء وحدود مشكلاتهم وسلوكياتهم والبيئة الاجتماعية للعملاء والتعامل بينهم وبين الاختصاصيين الاجتماعيين وتنظيم بيئة العمل وفاعليته. وإذا كانت النظرية تساعدنا علي أداء مهامنا فإنها قد تصبح عائقا أيضا وذلك للأسباب التالية:

١. التركيز المطلق علي النظرية قد يتناقض مع إلزام القاعدة الإنسانية لممارسة الخدمة الاجتماعية، خاصة وأن هناك العديد من النظريات المتعارضة مما يشكل صعوبة في توظيف أي واحد منها ، واختيار الباحث لواحدة منها قد يشكك في مصداقيته.

٢. توظيف النظرية قد يرسخ مفهوم الوصمة بالنسبة للعملاء .

٣. توظيف النظرية قد يدفع الباحث لتجاوز الكثير من الحقائق التي قد تكون مقبولة من قبل الباحثين الآخرين أو من قبل الممارسين الذين لا يعيرون كبير اهتمام لمنطلقات نظرية قد تحرمهم من المرونة في ممارساتهم .

٤. من الخطورة أن يصبح بناء النظرية أو تطورها هدفا في حد ذاته وليس من أجل حل المشكلات ، فالنظريات بالغة التعميم والتجريد بدرجة تجعلها لا تنطبق علي واقع الحياة .

٥. لقد حاول بعض الدراسين أن يضع تصورا مبدئيا لكل نظرية من النظريات وما يقابلها من انتقادات في مجال الممارسة .

م	النظريات	اخطاء الممارسة
١.	نظرية التحليل النفسي.	تتظر للعميل كمخلوق وكفرد
٢.	النظرية السلوكية .	تتظر للعميل كمتعلم
٣.	نظرية التماسك.	تتظر للعميل كمعلم أو مغير
٤.	نظرية حل المشكلات والتمركز الوظيفي ونظرية الازمة .	تتظر للعميل كفاعل

٥.	نظرية علم نفس الذات ونظرية التمرکز حول العمل .	تتظر للعمل كفرد في المجال الاجتماعي
٦.	نظرية العلاج الأسري ونظرية التحليل التفاعلي.	تتظر للعمل كعضو في الأسرة
٧.	نظرية الجماعة .	تتظر للعمل كعضو في جماعة
٨.	النظرية النفسية الاجتماعية ونظرية الانساق ونظرية الدور والمفهوم الانثوي	تتظر للعمل في مجال الممارسة كعضو في مجتمع
٩.	الماركسية	العمل كعضو في طبقة اجتماعية
١٠.	النظرية الايكولوجية والبيئية	تتظر للعمل كجزء من الكون

وعلي كل حال فإن وظيفة النظرية في ممارسة الخدمة الاجتماعية أن يطرح الاختصاصي الاجتماعي مجموعة من التساؤلات العملية ويحاول الإجابة عليها من خلال الممارسة ، وتتمثل هذه الأسئلة فيما يلي :

١. ما حقيقة المشكلة ؟ وهذا التساؤل يساعد الاختصاصي الاجتماعي علي تحديد المشكلة وتحديد الاحتياجات لمواجهة هذه المشكلات والتعرف علي من يعاني من المشكلة وعلي من سيستفيد من حلها؟

٢. ما الذي يجري ؟ والاجابة علي هذا التساؤل تساعد الاختصاصي الاجتماعي علي تقييم الموقف وتحليله وتشخيصه وتفسيره .

٣. ما الذي يجب عمله ؟ في ضوء تقييم الموقف يستطيع الاختصاصي أن يصوغ الأهداف ويحدد الأغراض والخطط ويفصح عن نواياه.

٤. كيف يمكن القيام بما يراد عمله ؟ وفي اجابته علي هذا التساؤل يستطيع الاختصاصي الاجتماعي أن يحدد الطرق والتقنيات والمهارات والخدمات والموارد التي يحتاج إليها في ممارسته والوصول إلي أهدافه .



٥. ما الذي تم انجازه بعد الممارسة ؟ وبالإجابة علي هذا التساؤل يستطيع الاخصائي الاجتماعي ان يستعرض ويقوم مخرجات عمله بصورة منتظمة وبفكر عميق ودقة مهنية تضع في حساباتها الفوارق الثقافية والاجتماعية بين العملاء.

وهناك من الدراسين من اوصي بإمكانية توظيف خليط أو مزيج من النظريات، وذلك تجنباً للصعوبات التي قد يواجهها الممارس في توظيف نظرية واحدة فقط قد لا تساعد في كل الاحوال علي الممارسة وتحرمه من طابع المرونة الذي تتسم به الخدمة الاجتماعية ، ومن المداخل التي يمكن توظيفها في هذا الصدد:

١. أن يوظف الاخصائي الاجتماعي أفكاراً نظرية ما ولكنه يضيف إليها تقنيات محدودة من نظرية أخرى .

٢. أن يوظف تقنيات متعددة من نظريات متعددة في تقييمه لأوضاع العملاء دون الالتزام بنظرية واحدة .

٣. أن يوظف نظريتين أو أكثر في دارسته لمشكلة العملاء ووضع الحلول لها.

٤. أن ينتقي مبادئ معينة من المبادئ النظرية ويلتزم ببيطقتها حسب ما يمليه عليه الواقع .

٥. ايجاد صيغة تكاملية من هذه النظريات.

٦. أن يتعامل مع النظريات كأمر ثانوي ويعطي الأهمية القصوى للعملية العلاجية التي قد تنبثق عنها أطر نظرية نابعة من واقع الممارسة .

٧. يمكن للاخصائي الاجتماعي أن يختار بطريقة عشوائية لاضوابط فيها النظرية التي تروق له ويحاول تطبيقها علي الواقع، فإن اثبتت جدواها تمسك بها وان فشلت اختار غيرها أو عدل فيها حسب مقتضيات الموقف.<sup>١</sup>

---

<sup>١</sup> Encyclo pedia of social work (2002) 19<sup>th</sup> edition, washington, NASW, PP:2258-2265



## الفصل الاول

### نظرية التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية

#### Psychoanalytic Theory

اسسها هريبرت ستين H. Stean وهذه نظرية هي النظرية الشخصية هذا من جهة، وشكل من أشكال العلاج النفسي من جهة أخرى ، وتعتمد هذه النظرية علي تفكيك الشخصية الإنسانية أو البشرية في دواخلها، وتعتمد علي مفاهيم تجريدية ، والمبدأ الأساسي الذي تقوم عليه هذه النظرية هو أن العقل في أدائه لوظائفه لا يخضع إلي الصدفة، وإنما لما يشعر به الإنسان ، وما يفكر فيه أو يتخيله ويحلم به ، وما يفعله، وكلها لها دوافع نفسية ، فالناس لحصولهم علي معيشتهم وما يختارونه من رفقاء الحياة (زوج أو زوجة ) وما يتلقونه أو يمنحونه من محبة وكيفية تفاعلهم مع أطفالهم وما يفيدهم من أعمالهم ، كلها مساعي نابعة من اللاوعي . (Unconscious).

فعلي الرغم من وجود عوامل خارجية تؤثر في حياة الإنسان ، إلا أنه علي الاخصائي الاجتماعي أن يؤمن بأن سلوكيات العملاء سواء كانوا أفراداً أو أباءاً أو جماعات أو منظمات ليست هي ردود فعل لمواقف يمرون بها ، كمواقفهم من الأسرة والصدقات والجيران ، وعلاقاتهم مع هذه الكيانات تتشكل في الأساس من خلال رغباتهم غير الواعية أو الكامنة أو الخفية ، وخيالاتهم الجامحة وأفكارهم غير الواعية عن أنفسهم ، ونزعاتهم الأخلاقية غير الواعية ، ولذلك لابد للأخصائي الاجتماعي أن يفحص في اللاوعي الذي يتحكم في حياة العملاء، والتعرف علي اللاوعي يمثل ضرورة قصوي للأخصائي الاجتماعي، ليستطيع أن يساعد العملاء، كما يساعده ذلك علي فهم مشكلات العملاء الحالية ، ووضع الحلول لها ، مثلاً الزوج الكثير الشكوي من علاقته الزوجية ويصف زوجته بعدم

الإحساس أو التجاوب معه ، ربما كان في حقيقة الأمر مقتتنعا بهذه الحياة الزوجية ولا يرغب في إيجاد بديل لهذه الحياة الزوجية أو رغبة في زوجة تتجاوب معه ، لكنه يحاول أن يسيطر من خلال هذه العلاقة غير السوية مع زوجته علي ضعفه الجنسي .

وعلي الاخصائي الاجتماعي توظيف مفهوم اللاوعي في تقييمه لحالة العميل، وفي وضع الخطة العلاجية. وقد وظف فرويد مجموعة من الرؤي والمنظورات المتداخلة لفهم النفس البشرية والتي تتمثل فيما يلي:

١. المنظور البنائي : Structural point of view
٢. المنظور التراتبي : Stratification point of view
٣. المنظور الديني : religious point of view
٤. المنظور الديناميكي : dynamic point of view
٥. المنظور الاقتصادي : economic point of view
٦. منظور دواخل الشخصية : interpersonal point of view
٧. منظور الثقافة : cultural point of view

وهذه المنظورات هي عبارة عن العناصر المهمة في أداء الشخصية لوظائفها وجميعها كامنة وراء الظاهرة أو عبارة عن مفاهيم الهوية غير المادية وهي كامنة في بناء الشخصية .

١. المنظور البنائي :

فيه يري فرويد أن النفس البشرية وكأنها بناية أو مبني يتم اكتمالها بصورة تدريجية في السنوات الأولى من حياة الإنسان ، والنفس البشرية تتكون في مرحلتها الأولى من الآتي :

أ) الهوية ID.

وهي عبارة عن الجزء البدائي الوحشي أو المتوحش من العقل البشري وهو مكن أو مستودع الدوافع والغرائز الجامحة والمدمرة والشريرة ، كالعدوان والأنانية وحب التملك ، وهذه الغرائز لابد من السيطرة عليها أو التحكم فيها في



مرحلة الطفولة المبكرة، بمعنى آخر لابد من ضبطها . والدوافع العدوانية لليبيدو توجد في كل الثقافات.

#### ب) الأنا Ego

وتتكون من خلال الخبرات التي يمر بها الإنسان ووظيفتها الأساسية هي كبح جماع الهو من خلال الجزاء علي الصواب والعقاب علي الخطأ، وبما أن الأنا تمثل الوسيط بين الهو ID والعالم الخارجي ومكوناته ، فإنه يتم أيضا استيعابها بواسطة الإنسان ، ولكن في مساحة أخرى من النفس البشرية أطلق عليها فرويد الأنا العليا.

#### ج) الأنا العليا Super-Ego

تنمو مع الشخص وتعتمد علي التنشئة الاجتماعية بالذات الوالدية ، وتعمل في منطقة لا شعورية وتعتمد علي المعايير والقيم السائدة في المجتمع ولها جانبان  
إثنان :

##### ١. الضمير:

وهو يمثل كل المحرمات والنواهي ، ويعمل كحكم للأخلاق أو كقاض يقيم سلوك الأفراد ، والضمير يتكون في المراحل الأولى من الحياة (الطفولة) وهذه المرحلة تؤثر بصورة مطلقة في حياة الإنسان المستقبلية سواء بصورة واعية أو غير واعية في الغالب .

##### ٢. الذات المثالية : Ideal Self

فيها كل المثل والأخلاق ومعظمها مستمدة من الدين وأن الصورة المثلي لحياة الإنسان هي أن يحدث توازناً مرناً في التفاعل بين مكونات النفس البشرية ، وهي الهو والأنا والأنا العليا بأن لا يطغى أي واحد من هذه المكونات علي المكونين الآخرين . كما يركز فرويد علي العلاقة بين السوعي ( Conscious ) وما قبل الوعي Preconscious واللاوعي Unconscious في العقل البشري . ومن أهم المفاهيم التي تحدث عنها فرويد :

الطفل في نموه ينتقل من التمركز حول ذاته إلي مرحلة موضوعها الاعتماد علي الغير ومن الالتصاق بالوالدين إلي الإعجاب وحب الوالدين ومن

العلاقة الحميمة إلي الثقاني . وهو ما يطلق عليه عقدي (او ديب والكترا) ، حيث يرغب الطفل (الذكر) في الارتباط الاوثق بوالدته بينما ترغب البنت في الارتباط بوالدها ويصبح واجب الخدمة الاجتماعية في الحالات المرضية أو الاضطرابات النفسية هو الكشف عن هاتين العقدين النابعتين من اللاوعي (ال-ID) مكن الدوافع والغرائز الجامحة أو المدمرة ، كما أن فرويد يركز علي عملية مراحل النمو والتي اطلق عليها مراحل اللذة Libido والتي تبدأ بالمرحلة التالية :

#### ١. المرحلة الفمية : Oral stage

وهي مرحلة الرضاعة حيث يتم الاشباع عن طريق الفم واي معوقات لهذه الاشباعات ، تنجم عنها مظاهر عقد معينة أو لازمات منها مثلا رضاعة الأصابع وقضم الأظافر .

#### ٢. المرحلة الشرجية : anal stage

وهي المرحلة التي تتم فيها عملية الاشباع عن طريق الإخراج، والشذوذ الجنسي مرتبط بعدم الإشباع في هذه المرحلة.

#### ٣. المرحلة القضيبية : phallic stage

وهي مرحلة اكتشاف النوع أو الأعضاء التناسلية للطفل حيث يفاخر الطفل الذكر بعضوه التناسلي ويتباهي ، بينما تعتقد الأنثي بأن عضوها قد قطع عندما تقارن نفسها مع طفل ذكر وأن أي خطأ في عملية التربية أو التنشئة الاجتماعية وفقا للمراحل التي ذكرها فرويد وهي ( المرحلة الفمية والشرجية والقضيبية ) سيؤدي إلي اضطرابات نفسيه حالية أو مستقبلية

#### ٤. مرحلة البلوغ :

وهي خليط من المشاعر المتناقضة: الثقة وعدم الثقة الجرأة والشعور بالخجل والشك والبراءة والشعور بالذنب والابتكار ، الهوية - وضياح الهوية (الحميمية - العزلة) ( التجديد- الجمود) - (الكرامة - إلياس) . ومن مظاهر الاضطرابات الحالية والتي قد تستمر مع الطفل طول حياته.

أ) ظاهرة التثبيت fixation : فالطفل المدلل بالحنان الزائد عن الحد قد يظل مدللاً طوال حياته وخاصة الأولاد ، فيظل معتمداً على الآخرين . وعندما يتزوج يتوقع أن تعامله زوجته معاملة والدته له ، وغالباً ما تؤدي مثل هذه الحالات إلى فشل في الحياة الزوجية أو اضطرابها ، فعلى الاختصاصي الاجتماعي أن يكتشف هذا الجانب بالرجوع إلى مرحلة الطفولة التي عاشها العميل . والمظهر الثاني من العقد التي تتكون في هذه المرحلة من مراحل النمو هي ما يسمى بظاهرة:

ب) النكوص Regression وهي تتمثل في أن العميل الذي يعاني من هذا النوع من الاضطرابات يتقهقر إلى مراحل سابقة من حياته أو نموه ولا يستطيع مواجهة الحياة فمن مرحلة النضج قد يتراجع إلى مرحلة المراهقة .

ج) ظاهرة المقاومة Resistance وهي تعني عدم الاعتراف بالحقيقة والكران ، بما فيها من سلوكيات تعكس خللاً أو اضطراباً في الشخصية ، كالكذب والإسقاط والمراوغة غير الواعية في التعبير عن المشاعر والرغبات والمخاوف والدفاع عن الذات .

هـ) ظاهرة الإسقاط Projection :

وهي إلغاء اللوم على الغير ، بمعنى آخر إسقاط الضعف أو السلوك غير السوي على الآخر كوسيلة للدفاع .

د) ظاهرة سقطات أوزلات اللسان : slips of the Tongue

وهي تظهر في الدوافع الكامنة في الإنسان ، أي الدوافع اللاشعورية ، والأشياء التي يحاول الاختصاصي اكتشافها هي الدوافع المسيطرة على الشخص من خلال زلات اللسان ، ولذلك فإن على الاختصاصي الاجتماعي أن يتبع إجراءات أو تقنيات مهنية توظيف نظرية التحليل النفسي وأهم هذه التقنيات :

١. على الاختصاصي الاجتماعي أن يبذل أقصى جهد لاكتشاف اللاوعي كمحرك أساسي للعميل في تواصله وسلوكياته ، وأن يصبح المعالج لوحة أو شاشة بيضاء يسقط عليها العميل كل ما يمكن أن يشكل مخزون لاوعيه، وأن يشجعه المعالج على ذلك .

٢. علي الاخصائي الاجتماعي المعالج أن يكون واضحاً وصريحاً في تواصله مع العميل ، وفي النتائج التي توصل إليها من خلال تعامله مع العميل .
٣. أن يتيح فرصة كاملة للعميل في التعبير عن مشاعره أو مخاوفه ، بمعنى أن يطلق له العنان للتحدث عن مشاكله وأن يصبر علي ذلك، وعلي الرغم من ان العميل قد يرحب بما أتيح له من حرية التعبير بكل ما يدور في ذهنه ويشعر نتيجة ذلك بتحسن حالته، إلا أن العملية تتحول في مرحلة معينة إلي عملية مؤلمة ومقلقة للعميل عندما يشعر بأنه قد كشف عما كان يصر علي إخفائه من جوانب حياته وخبراته ومشاعره وأفكاره بما يشعره بالخجل والندم علي ما أباح به من خصوصيات .
٤. عليه أن يستمع جيداً للعميل وأن يكون يقظاً في التقاط الأحاديث والكلمات والتعبيرات التي تنبئ عن مشاكل يعاني منها العميل كسقطات اللسان أو عمليات الإسقاط أو المقاومة أو النكوص أو التثبيت .
٥. بعد أن يستوعب الاخصائي الاجتماعي ما أدلي به العميل من أحاديث ، فإن عليه أن يدخل معه في علاقة تشبه التحدي ، ولكنها ليست تحدياً إنما كمواجهات بالحقائق أو بأنه متناقض فيما يقوله أو أن يتوقف ويستوضحه فيما يقول، أو يراجع فيما يقول بإثارة الأسئلة أو ترديد ما قاله للتأمين عليه أو تشكيكه فيما قاله للتأكد منه .
٦. علي الاخصائي الاجتماعي أن لا يظهر الملل أو الضعف أو التبرم مما يدلي به العميل من أقوال .
٧. إن وظيفة خدمة الفرد تتمثل في تسهيل توافق العميل الاجتماعي ومساعدته علي مواجهة وفهم وتقبل مسؤولياته والتعامل بصورة بناءة مع حقائق محددة في مواقف محددة بناء علي قدراته في محيطه الاجتماعي، ومن الملاحظات التي ابداهها بعض الدارسين علي توظيف نظرية التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية ، ما يلي :

(Davies, 2004; pp:81-183)



١. التأثير واسع الانتشار لفرويد وشهرته في الثقافة الغربية هي التي أتاحت الفرصة لأن تكون أفكاره رائجة التداول في الخدمة الاجتماعية وليس لأن نظريته يمكن أن تطبق بصورة مباشرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية.
٢. تأثير فرويد في الخدمة الاجتماعية تأثير متقطع، حيث كان يتم الكشف عن أعماله في مراحل مختلفة وفي كل مرحلة تسود فكرة معينة وتسيطر علي مجال الممارسة كما حدث بالنسبة لمفاهيم سيكولوجية الذات .
٣. أفكار الديناميكية النفسية : Pshchodynamic كانت هي الأكثر تأثيراً في ممارسة الخدمة الاجتماعية وخاصة طريقة خدمة الفرد ، وقد أثرت أساليبها العلاجية في تحديد العلاقة بين الاخصائي الاجتماعي والعملاء التي تتطلب قدراً كبيراً من التسامح والانفتاح والاستماع لما يمكن عمله إزاء هذه الشخصية .
٤. لقد أولت نظرية التحليل النفسي إهتماماً بعيد المدى لعوامل المشاعر واللاوعي أكثر من إهتمامها بالأحداث الفعلية التي أثرت في حياة العميل ، كما يركز مدخل التحليل النفسي علي ما يجري داخل النفس البشرية أكثر من التركيز علي ما يجري في البيئة الخارجية المحيطة بالعملاء .
٥. مرونة نظرية التحليل النفسي من جهة وتعقيداتها من جهة أخرى جعلتها أكثر جاذبية للمنظرين والممارسين لمحاولة استكشافها .
٦. قيام منظمات وروابط مهنية تتمسك بتوظيف نظرية التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية علي وجه العموم وفي خدمة الفرد علي وجه الخصوص.
٧. ومما يؤخذ علي نظرية التحليل النفسي من الناحية الاجتماعية أن العملية العلاجية فيها تستند إلي أيديولوجية الطبقة الوسطي ، فالعملاء من الطبقة الوسطي أكثر قدرة علي التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم من العملاء من الطبقة العاملة ، كما لم تهتم نظرية التحليل النفسي بقضايا الإصلاح الاجتماعي والعدالة .
٨. تتطوي نظرية التحليل النفسي علي كثير من المصطلحات والمفاهيم التي تسيء إلي العملاء وتصممهم بأوصاف قد لا تقبلها الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها.



## الفصل الثاني

### النظرية الوظيفية لممارسة الخدمة الاجتماعية

#### Functional theory

لقد أثرت نظرية فرويد في التحليل النفسي ومفاهيمه عن نمو الشخصية تأثيرا واضحا خلال العشرينيات والثلاثيات من القرن الماضي (العشرين ) ويطلق عليها التحليل النفسي العلاجي كما يطلق عليها مدرسة التشخيص، ذلك أن هذه النظرية قد تأثرت بالطب النفسي في مراحل علاجها وخطواتها وهي ثلاث مراحل كالآتي : الدارسة والتشخيص ثم العلاج .

وقد تأثر معظم رواد الخدمة الاجتماعية بهذه الممارسة خاصة في المؤسسات الخيرية أو جمعيات البر والإحسان وقد استمدت كل هذه الممارسات أصولها من كتاب ميرري رتشموند (التشخيص الاجتماعي) وقد كانت ميرري رتشموند تعتبر الرائدة في تطبيق المداخل الفرويدية في ممارسة الخدمة وكذلك مؤسسات الخدمة الاجتماعية من النساء ، وقد نأت الخدمة الاجتماعية بنفسها تدريجيا عن نظرية التحليل النفسي واتبعت مدخلا مختلفا لممارسة الخدمة وهو ما يطلق عليه المدرسة الوظيفية ، وتعتبر نظرية تتصل اتصالات مباشرة ، بل وتعتبر جزءا لا يتجزأ من النظرية الوظيفية البنائية في علم الاجتماع، فالناس وفقا لمفهوم هذه النظرية يحتلون اوضاعا positions في البنية الاجتماعية ، وأن كل انسان له دور مرتبط بهذا الوضع أو الموقع والدور (Role) عبارة عن منظومة من التوقعات أو السلوكيات مرتبطة بالوضع الذي يشغله الإنسان في البنية الاجتماعية ، فالأدور ينظر إليها دائما في محيط العلاقات الاجتماعية، فالأدوار هي التي تشكل هوية الإنسان كما يراه الآخرون وهي تتبثق من توقعاتنا أو توقعات الآخرين من حولنا، كما يذهب إلي ذلك بعض علماء الخدمة الاجتماعية مثل Strean ,Davis فبعض هذه الأدوار موضوعة سلفا وبحكم الطبقة كدور

المرأة أو دور الرجل ، أو بحكم الفئة العمرية أو بحكم مقدرات ومهارات مكتسبة كدور الطبيب، ومنظور الدور عبارة عن مجموعة من الأدوار تصاحب الإنسان أو ترتبط بموقعه أو وضعه الاجتماعي فالشخص في دروه كأب يتوقع منه أن يكون مصدرا لدخل الاسرة وان يكون زوجا واهنا أو جدا الخ.

ويحدث اضطراب الأدوار بالنسبة للعميل عندما لا تتكامل هذه الأدوار فيما بينها وتتصارع ، ومن ثم لا تتناسب أو لا تتلاءم سلوكيات العميل مع توقعات الآخرين من حوله أو علي العكس من ذلك حينما لا تتلاءم سلوكيات الآخرين مع توقعات العميل ، وقد تصاحب كل ذلك الاضطرابات في أداء الأدوار من قبل العميل ، وينجم عند ذلك غموض الدور وعدم وضوحه وصعوبة أدائه أو أدائه بصورة خاطئة ولذلك علاقة وثيقة بأدور الاخصائي الاجتماعي نفسه ، فمن المفترض في الاخصائي الاجتماعي أن يميز في ممارساته المهنية بين اتجاهاته وسلوكياته الشخصية وبين سلوكية المهني المتوقع حتي يستطيع أن يؤدي المتوقع منه في ضوء الوضع الذي يشغله، ولكن تأدية هذا الدور قد تحمل في طياتها قدرا من تناقض أداء الدور، فبينما تطالبه أخلاقيات الممارسة المهنية بالانفتاح والصراحة في علاقته مع العميل ، إلا أن هذه الأخلاقيات نفسها تطالبه بالحفاظ علي علاقة مهنية صارمة مع العملاء قد تحول دون الصراحة والوضوح وهذا مايعرف بالمسافة المهنية التي تفصل بين الاخصائي الاجتماعي والعميل .

بالإضافة إلي ماسبق ، فإن أداء الدور من قبل العميل في وضعية اجتماعية معينة قد تتطلب منه أن ينغمس بصورة أكبر في أداء دور مضطرب وسلوكيات غير سوية ، لانه يتصرف وفقا لتوقعات الآخرين ، ومن هنا فإن هناك ارتباط وثيق بين نظرية الدور ونظرية الوصمة labeling theory في علم النفس الاجتماعي من جهة والنظرية الوظيفية البنائية، فبنية المجتمع قد تخصص مساحات معينة أو مواقع ليشغلها المجرمون علي سبيل المثال، ولكي يشغلوا هذه المواقع فإن عليهم أن يقوموا بأدوار وسلوكيات المجرمين كما يتوقع منهم مجتمع السلطة الغالبة، والسلوكات غير السوية هي التي تعزز وتدعم من وضعهم ودورهم كمجرمين، ينتمون في غالب الأحوال إلي جماعات الأقليات الاجتماعية،



وينطبق هذا علي طلقاء السجون ، فقد يصممهم المجتمع بالسجناء أو المجرمين علي الرغم من إطلاق سراحهم أو إكمال مدة عقوبتهم ، كما أن المجتمع قد يعاملهم بحذر وتخوف.، ومثل هذه الحالات أيضا تطبق علي من تم شفاؤهم أو علاجهم من المرضى العقليين والنفسيين فعلي الرغم مما يتمتعون به من صحة عقلية ونفسية، فقد يصممهم المجتمع بالجنون .

فالمدرسة الوظيفية تنظر للعميل في وضعه الراهن ولا تهتم بتاريخ حياته ولا ينظر إلي العميل إلا علي أساس أنه جزء لا يتجزأ من المؤسسة وعلي مدي قيامها بوظائفها تتوقف العملية العلاجية التي وضعت أسسها روث اسمولي Ruth Smalley وقد أطلقت عليها الخدمة الاجتماعية التحويلية وفقا لما جاء في نظريتها التي أطلقت عليها نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية التي تنطلق من المبادئ التالية:

١. عملية التشخيص يجب أن ينظر إليها في ضوء استخدامات الخدمات الاجتماعية بواسطة العملاء .

٢. إن مراحل العلاج في الخدمة الاجتماعية أو خطواته يجب أن تختلف عن خطوات العلاج في الطب النفسي وأن العملية العلاجية في المدخل الوظيفي تمر بثلاث مراحل:

(أ) البداية (ب) الوسط (ج) النهاية .

٣. التركيز علي وظائف المؤسسة ومحتواها ، أو نوعية الخدمات التي تقدمها هي التي توجه ممارسة الخدمة الاجتماعية ، وأن هذه المؤسسة تخضع لمحاسبية المجتمع ، والمحاسبية تقتضي الشفافية، بمعنى أن تكون البيانات والمعلومات متاحة للجهات ذات الاختصاص التي تقوم بالتفتيش أو المتابعة أو المراقبة .

٤. ممارسة المؤسسة لوظائفها تقوم علي بنية مؤسسية متدرجة وواعية لأدائها للوظائف ، ولذلك فإن العلاقة بين العميل والمؤسسة علاقة واعية، بمعنى أنها محددة ومخططة . والمحرك للعميل في علاقته بالمؤسسة هو وعيه بمدي ما

تقدمه له من خدمات ، خلافا لنظرية التحليل النفسي التي ترى أن المحرك الأساسي للعميل هو اللاوعي ، ولذلك يجب أن ينظر إلي المؤسسة علي أساس أنها كل متكامل أو أنها كالجسد الواحد ( اذا اشتكي منه عضو تداعي له سائر الجسد بالسهر والحمي ) (Turner, 1996;pp;46-68)

٥. أن كل عمليات الخدمة الاجتماعية تتضمن العلاقة التي تحدد في ضوئها الاختيارات والقرارات التي تساعد العملاء ، وهي قرارات أو اختيارات هادفة، وأن هذه القرارات قد تتأثر بها أو توظفها طرق الخدمة الاجتماعية الأساسية المتمثلة في طريقة خدمة الفرد والجماعة وتنظيم المجتمع .

ومما سبق يتضح لنا ان ممارسة الخدمة الاجتماعية تقوم علي مبادئ أساسية وفقا للمنظور الوظيفي وهي :

- أ. عامل الوقت والتوقيت .
- ب. حرية الاختيار وفقا لمبدأ تقرير المصير الذي تحدده أدوار العميل وأدوار الاختصاصي الاجتماعي
- ج. بنية المؤسسة وسلطاتها وخدماتها ووظائفها .

ومما سبق يمكن توظيف المدخل الوظيفي في خدمة الفرد علي النحو التالي :

١. شمولية طرق الخدمة الاجتماعية وتكاملها في ممارستها وذلك خلافا لنظرية التحليل النفسي التي توظف أساسا خدمة الفرد ، كما ان شمولية الخدمة تعني فيما تعني أن النظرية الوظيفية في الخدمة الاجتماعية يمكن تطبيقها في شتي مجالات الخدمة الاجتماعية مثل الخدمة الاجتماعية الطبية والنفسية والأسرية والخدمة الاجتماعية المدرسية والعمالية .. الخ . كما أنه يمكن توظيفها في العمليات الإدارية وفي الاستشارات وفي التخطيط والمتابعة .

٢. النظرية الوظيفية لا تؤمن بالتخصص حسب الطرق أو مجالات الممارسة ولكنها تؤمن بالممارسة الشمولية بحيث يصبح الاختصاصي قادرا علي ممارسة خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع. وفي شتي مجالات الممارسة وبذلك تتكامل طرق ومجالات الخدمة الاجتماعية .

٣. أكد دكتور كورنر (Dr. Corner) وآخرون أن للنمو الجيني للإنسان غرض وهدف يتمثل في:

أ. طبيعة النمو البشري لها غاية ومرتبة وتسير نحو الأفضل بصورة مستمرة ، والإنسان قادر علي الحفاظ علي حياته وصحته وعلي تعديل مستمر في حياته وبيئته وفقا لرغباته في حدود الفرص المتاحة له .

ب. التفاعل بين البيئة والموهبة الطبيعية للإنسان يلعب دوراً أساسياً في نموه.  
ج. هنالك اختلاف أصيل وطبيعي بين الإنسان والكائنات الحية الأخرى ، وبين الإنسان والإنسان.

د. المنظور النفسي المرضي للإنسان وكأنه مريض بطبعه تم رفضه واستبداله بمنظور نفسي إيجابي نحو قدرة الإنسان واستطاعته علي إحداث التغيير .

هـ. مدرسة التشخيص أو التحليل النفسي في الخدمة الاجتماعية التي تركز علي ماضي العميل قد تم تجاوزها وحل محلها المنظور الوظيفي الذي يركز علي الخبرات الحالية وقدرتها علي النمو .

و. مفهوم العلاج حل محله مفهوم الخدمات وعملية المساعدة التي توظف العلاقات والتفاعل الديناميكي للاخصائي الاجتماعي كمساعد والعميل كطرف حاسم في هذه العملية.

ز. العميل يمثل محور الممارسة المهنية ، وهو يتعاون وفقا لإرادته ورغباته الواعية .

ح. الاخصائي الاجتماعي لا يتحمل وحده المسؤولية في الممارسة المهنية، فالعميل يعتبر أيضا مسؤولا ، وعلي الاخصائي الاجتماعي أن يتقبل العميل كما هو وأن يعترف بالاختلافات الفردية بين العملاء ، كما أن علي العميل ان يتقبل المساعدة وأن يوظف مقدراته وطاقاته ويفجرها بتنظيم خبراته وتجاربه في حل مشكلته الراهنة .

ط. التشخيص يجب أن يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتوظيف الخدمات في شراكة كاملة مع العميل .

ي. يجب ان ينظر إلي المؤسسة الاجتماعية علي أساس انها ملتقي اهتمامات المجتمع والفرد علي حد سواء .

ك. النظرة الوظيفية المؤسسية يجب أن تميز تميزاً واضحاً بين الاختصاصي الاجتماعي والعميل، والمؤسسة يجب أن تقدم خدماتها بصورة مستمرة.



## الفصل الثالث

### نظرية الأنساق الكبرى في ممارسة الخدمة الاجتماعية

#### Systems theory

نظرية الأنساق الكبرى في ممارسة الخدمة الاجتماعية تركز علي الوضع الراهن للعميل سواء كان فردا أو جماعة أو مجتمعا، وينصب اهتمامها علي تحديد أو إنجاز ثلاث مهام تمثل العملية العلاجية في مستقبل العميل وهي :

١. استمرار نسق العميل .

٢. تفاعل نسق العميل.

٣. التوازن الاجتماعي لنسق العميل .

٤. تباين النسق.

٥. النظرة الكلية .

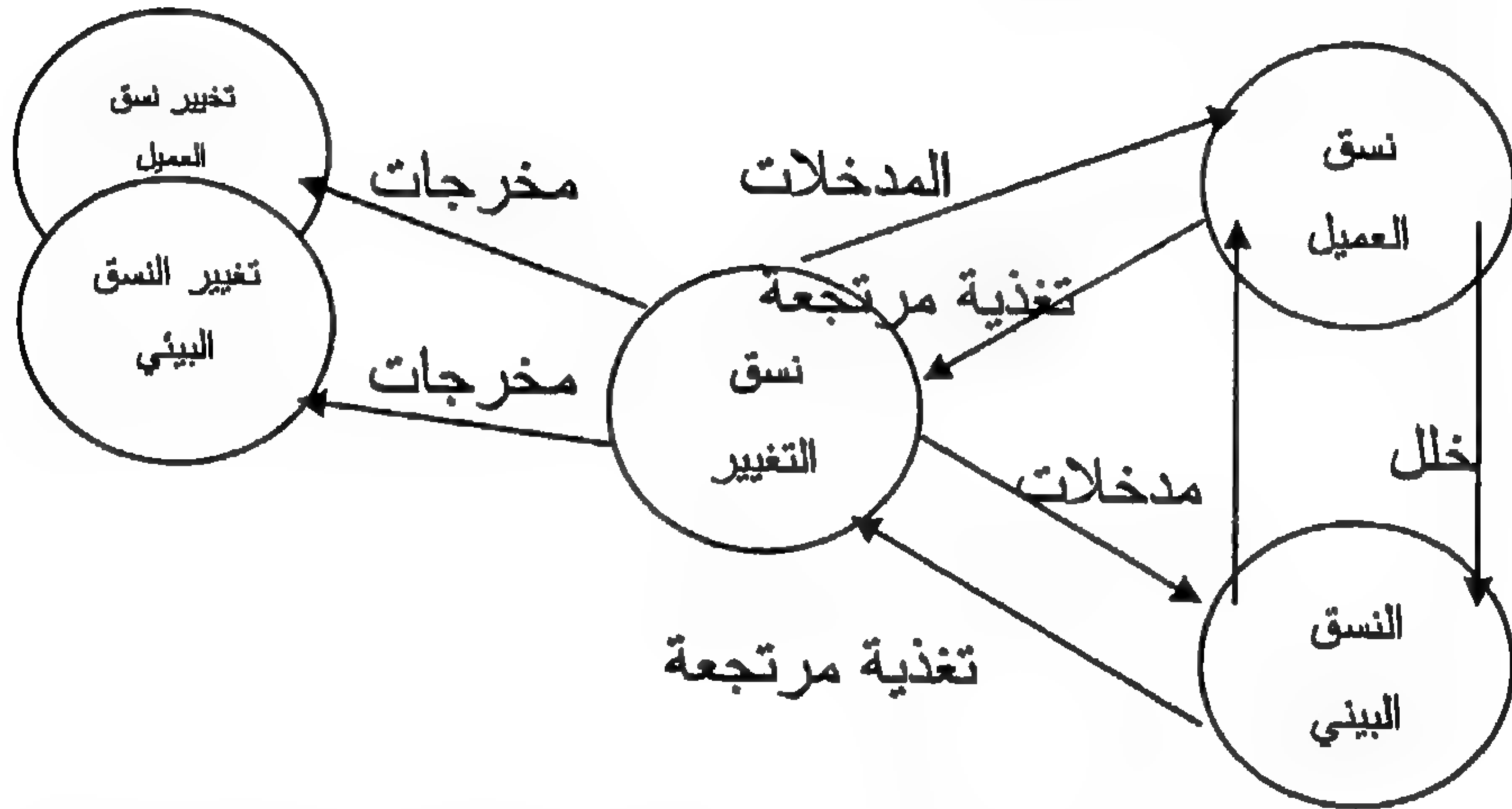
٦. التأثير المتبادل.

والعميل في مفهوم النظرية الوظيفية وكذلك نظرية الأنساق يرتبط بمنظومة من العلاقات الأخرى المتفاعلة مع كل هو اكبر من مجموعته (القشائلات). وأن النسق الكلي قادر علي تجديد نفسه حتي ولو غابت بعض العناصر المكونة له .

ولقد أثرت نظرية الأنساق تأثيرا رئيسيا في نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية وتفرعت إلي حقل كبير يتجه لوضع حلول مختلفة لمواقف اجتماعية متفاعلة وبالغة التعقيد ومن منطلق أن الكل أكثر أو أكبر من مجموعة أجزائه .

ونظرية الأنساق تساعد الأخصائي الاجتماعي علي فهم العملاء سواء كان هؤلاء العملاء أفرادا أو جماعات أو مجتمعات لأنها تتطرق من مفاهيم مصطلحات محددة وتتمثل فيما يلي :

١. بنية النسق : حيث يتكون النسق بصورة متدرجة في بنيته الإدارية ومهامها ، كالمؤسسات الاجتماعية أو التعليمية (Bynee, 1991, pp:134-147) .
٢. دائرة النسق محددة : من أين يبدأ أو إلى أين ينتهي .
٣. مدخلات النسق In-puts
٤. تفاعلات النسق .
٥. مخرجات النسق -Out Puts.
٦. توازنات النسق. ولذا فإن العملية العلاجية وفقا لنظرية الانساق الكبرى يمكن توضيحها في الشكل التالي:



إن من أيجابيات نظرية الأنساق الاجتماعية في ممارسة الخدمة الاجتماعية انها تعتبر نظرية اطار منظم للممارسة يسمح باستخدام عدد من المداخل في التدخل المهني في العمل مع العملاء ، بمعنى آخر أنه يتيح خيارات عديدة للعملاء ولا يضعهم أمام خيار واحد ، وإضافة لما سبق ، فإن مدخل الأنساق يحول الاهتمام من الفرد إلى تعاملات العميل مع عدد من الأنساق الأخرى، ولذلك فإن هنالك ثلاثة عناصر تميز مدخل الأنساق عن بقية المداخل كالاتي :

١. التعامل مع العميل باطار مجتمع أشمل .

٢. النظر للأفراد علي أساس أن لهم هدفا في الحياة وأنهم يسعون لتحقيق ذلك الهدف ، ويستطيعون ذلك ، وأن نموهم وأداءهم لوظائفهم هما محصلة ونتيجة للتفاعل بين مقدراتهم الجسدية والبيئة التي يعيشون فيها .

٣. نظرية الأنساق تساعد العملاء علي إعادة تأهيلهم بما يمكنهم من النمو والقدرة علي التكيف، وتطوير البيئة التي يعيشون فيها، عبر مراحل محددة مرتبطة بالعملية العلاجية في مدخل الأنساق والتي تتمثل فيما يلي :

(١) مرحلة تطور الحاجة إلي إحداث تغيير في نسق العمل وهي مرحلة الاتصال المبدئي أو المرحلة الأولى للعمل ويقصد أن يطلب العميل المساعدة أو تشجيعه علي أن يطلب المساعدة وأن يتقبلها .

(٢) مرحلة إقامة شراكة بين العميل والاختصاصي الاجتماعي من أجل التغيير، بمعنى آخر المحافظة علي بقاء العلاقة المهنية واستمراريتها وتطويرها .

(٣) مرحلة التشخيص ، ويقصد بها تحديد المشكلة التي يعاني منها العميل وهذه المرحلة تتطلب تحديد المشكلة سواء كانت متعلقة بالنواحي الاجتماعية أو السلوكية، بالإضافة إلي تحديد العوامل المؤثرة في المشكلة وهي في الغالب ليست عاملا واحداً، ولذلك فإنها تشمل عوامل اقتصادية وعوامل نفسية، وقد تكون أيضا عوامل مرضية سواء كانت أمراضا عضوية أو نفسية أو عقلية .

(٤) مرحلة وضع الأهداف والبدائل للخطة العلاجية ويطلق عليها أيضا المساعدة .

(٥) مرحلة تحويل الخطط إلي محاولات إحداث تغيير حقيقي في نسق العمل .

(٦) مرحلة تعميم التغيير وثبتيته واستقراره .

(٧) المرحلة السابقة هي مرحلة انتهاء العلاقة المهنية وهي من المبادئ الأساسية في الخدمة الاجتماعية .

وهناك من الدراسين من يقترح مراحل أخرى لكل منها مهاراتها للممارسة في الخدمة الاجتماعية من منظور نظرية الأنساق (١٩٧٣) Pincus and Goldstein و Minahan وتتمثل هذه المراحل فيما يلي :

١. تقييم المشكلة ولكل مشكلة ثلاثة أجراء تتكون منها وهي  
(١) الظروف والأوضاع الاجتماعية  
(٢) الناس الذين يقررون بأن هذه الظروف تمثل مشكلة  
(٣) الأسباب التي أدت إلي هذه المشكلة .
  ٣. القيام بالاتصال المبدئي مع الأنساق المساعدة في حل المشكلة .
  ٤. التعاقد بين الاختصاصي الاجتماعي والعميل للاتفاق علي حل المشكلة وتحديد الحقوق والواجبات علي كل طرف من الأطراف .
  ٥. وضع إجراءات محددة لنظام العمل لحل المشكلة .
  ٦. تنسيق العمل بين مختلف الأطراف ذات الصلة والمحافظة عليها .
  ٧. تفعيل المستمر لأنساق المساعدة .
  ٨. إنهاء العلاقة المهنية بعد القيام بالتقويم النهائي لما تم انجازة وترسيخ جهود التغيير التي تمت عبر جميع المراحل السابقة.
- وهناك من نظر إلي دور الاختصاصي الاجتماعي من خلال تطبيقه لنظرية الأنساق الاجتماعية والذي يشمل الآتي :
١. يمكن الأنساق من ادائها لوظائفها . (الممكن)
  ٢. يعلم العملاء مهارات حل المشكلة وكيفية جمع المعلومات ( المعلم )
  ٣. يلعب الاختصاصي دوراً أساسياً في تسهيل الإجراءات الخاصة بمساعدة العميل ( المسهل )
  ٤. تحرير العميل من الضغوط التي يواجهها سواء كانت هذه الضغوط نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية ( المعالج ) .
  ٥. يلعب الاختصاصي دور الوسيط بين العميل والمؤسسات الأخرى . (الوسيط)
  ٦. من واجب الاختصاصي الاجتماعي ان يحث العملاء ويشجعهم علي الكشف عن احتياجاتهم والسعي لإشباع هذه الاحتياجات (المحررض) وتنقسم الاحتياجات إلي انواع :

أ. احتياجات محسوسة أو ملموسة (felt needs) وهي الحاجات التي يحس بها العملاء ويسعون بطريق أو أخرى إلى التعبير عنها وطلب وإشباعها.

ب. إحتياجات غير محسوسة ولا ملموسة وهي الإحتياجات التي لا يحس الإنسان بضرورة إشباعها علي الرغم من أهميتها، فالأمي مثلا قد لا يحس بالحاجة إلى التعليم أو محو أميته، وبعض المرضى قد لا يعنون مرضهم أو أسباب المرض وخاصة في المناطق الريفية كأسباب الملاريا مثلا، أو في المناطق الحضرية كأسباب انتشار مرض الايدز (مرض نقص المناعة المكتسب).

ج. هنالك إحتياجات يمكن أن نطلق عليها تطلعات أو أمنيات وهي من الممكن أن تكون أمنيات حقيقية يمكن إشباعها أو أمنيات تخيلية لا يمكن إشباعها .

د. الإحتياجات المقارنة (comparative needs) وهي الحاجات التي يعاني الناس من عدم إشباعها ، بينما هي مشبعة لدى غيرهم من الناس الذين يعيشون ظروفهم نفسها .

هـ. الحاجات النمطية Normative needs وهي الحاجات التي يحددها الخبراء أو المهنيون ويطالبون بإشباعها لمن هم في أمس الحاجة إليها كإحتياجات الجماعات المحرومة أو المعرضة للحرمان.

٧. دورة الإخصائي الاجتماعي في حماية العملاء ودفع الظلم عنهم (المدافع)

٨. دور المنظمة كشبكة للعلاقات بين مختلفه الأنساق كالتنسيق بين وزارة الرعاية الاجتماعية وديوان الزكاة أو التنسيق بين عمادة الطلاب والصندوق القومي لدعم الطلاب، بما يتيح فرصة للتواصل أو خلق شبكات جديدة من العلاقات الاجتماعية بواسطة الإخصائي الاجتماعي (المنسق).



**المدخل التكاملي إلى تطبيق الأنساق في الخدمة الاجتماعية :**

هناك ثلاثة أنواع من الأنساق كالاتي :

١. الأنساق الطبيعية : كالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل .. الخ
  ٢. الأنساق غير الرسمية : كالجماعات المهنية والمجتمعية .
  ٣. الأنساق التخصصية المؤسسية الرسمية كالمدرسة والمستشفى.
- فالذين يواجهون مشكلات هم أناس غير قادرين أو غير راغبين في الاستفادة من توظيف انساق المساعدة للأسباب التالية :
- (١) ربما كانت هذه الأنساق غير موجودة في حياتهم أو ليس لديها الموارد الضرورية لتقديم المساعدة .
  - (٢) أو ربما كانت غير ملائمة لحل المشكلة .
  - (٣) ربما كان الناس يجهلون وجودها .
  - (٤) سياسات نسق المساعدة ربما نتجت عنها مشكلات جديدة لمن يريد الاستفادة.
  - (٥) ربما كانت الأنساق متعارضة بين بعضها البعض في دواخلها .

**أهداف الخدمة الاجتماعية من منظور نظرية الانساق:**

أن تؤدي وظائفها من خلال :

١. مساعدة الناس علي استخدام وتطوير مقدراتهم الخاصة لحل مشكلاتهم .
٢. إقامة حملات توعية جديدة بين الناس .
٣. تحسين التفاعل داخل نسق الموارد.
٤. المساعدة علي تطوير أو تغيير السياسات الاجتماعية .
٥. إعطاء مساعدة عملية .
٦. العمل كأجهزة للضبط الاجتماعي .

**مكونات النسق في الخدمة الاجتماعية :**

١. نسق المؤسسة ( نسق المغير ) ويتكون من :

- أ) الاخصائيين الاجتماعيين .  
ب) المؤسسة .

٢. نسق العمل : ويتكون من الجماعات أو الأسر أو المجتمعات التي تبحث عن المساعدة وتدخل في علاقة مع نسق المؤسسة وينقسم النسق إلى :  
أ) العملاء الحقيقيين الذين أقروا بطلب المساعدة ودخلوا في علاقة فعلية .  
ب) عملاء محتملين وهم أولئك الذين يحاولون أن يشملهم نسق المغير بعمله  
٣. النسق المستهدف : هم أولئك الأشخاص الذين يحاول نسق المغير إحداث تغيير فيهم لتحقيق أهدافه أو يمكن أن يكونوا هم العملاء أو لا يكونوا كذلك.  
نسق العمل :

هم أولئك الذين يعمل معهم نسق المغير لتحقيق أهدافه ( يمكن أن يكون أو لا يكون العميل هو المستهدف .  
٤. طبيعة العلاقة بين نسق المغير (الاخصائي الاجتماعي) وبقية الانساق تتدرج تحت الآتي :

- أ) علاقة تعاون مع نسق آخر أو أكثر عندما تتوحد الأغراض .  
ب) علاقة مساومة عندما تكون هناك حاجة لتفاهم جميع الأطراف مع بعضهم البعض وتساؤلات من الأطراف للوصول إلى اتفاق .  
ت) علاقة صراع عندما تختلف الأطراف .

#### مصادر الخلل في توازن النسق :

- مثلاً نسق الأسرة عندما تتحول من ريفية إلى حضرية .
- ١. تحولات الحياة - مرحلة النمو - تغيير الأدوار الاجتماعية مثل اختلاف الأدوار من دور الزوجة إلى مطلقة .
- ٢. الضغوط البيئية - خلل في النظام الاجتماعي كعدم المساواة والظلم وقسوة الظروف وعدم تجاوب المؤسسة والبطالة والتلوث .

٣. التجارب الذاتية المريرة - التعرض للاستغلال البشع - واختلاف أو عدم اتساق التوقعات وهذه تؤدي إلي خلل اذا كان هذا النسق قد تعرض إلي استغلال بشري مثل الايذاء وإيتزاز الزوج لزوجته أو الزوجة لزوجها أو الابتزاز الاقتصادي .

وخلاصة نظرية الانساق الكبرى في الخدمة الاجتماعية تتمثل فيما يلي :

١. التركيز علي تغيير البيئة أكثر من التركيز علي المداخل النفسية في ممارسة الخدمة الاجتماعية .

٢. التركيز علي تأثير الناس في بعضهم البعض أكثر من التركيز علي الأفكار والمشاعر الداخلية للعملاء كأفراد .

٣. علي الأخصائي الاجتماعي ابتكار طرق بديلة لتحقيق الأهداف ، وخفض أو إزالة الوصمة الناجمة عن سلوكيات متنوعة للعملاء وعن النظم الاجتماعية ، بدلا من التركيز علي سواء الشخصية أو إنحرافها.

٤. منظور الأنساق الكبرى في الخدمة الاجتماعية منهج تكاملي يعمل ويتدخل مع الأفراد والجماعات والأسر والمجتمعات ( الانساق الصغرى والوسيطية والكبرى) وبذلك يمكن تجنب الجدل حول ما إذا كانت الخدمة الاجتماعية يجب أن تركز علي تغيير الفرد أو الإصلاح الاجتماعي .

٥. منظور الأنساق الكبرى في الخدمة الاجتماعية يتجنب الحتمية في طرحه لحلول مشاكل العملاء ، فالسلوك يكون مسؤولا عن المشكلة، كما أن المشكلة قد تكون عبارة عن ظاهرة اجتماعية .

٦. العلاقات بين الاخصائي الاجتماعي وغيره من الأجهزة المعنية قد تكون تعاونية أو علاقة مساومة أو علاقة صراع .

## الفصل الرابع

### نظرية الادراك في ممارسة الخدمة الاجتماعية

#### COGNITIVE THEORY

لقد حلت نظرية العلاج الادراكي السلوكي ( Cognitive Behavicular Therapy ) والتي تعرف اختصاراً بـ (Cbt) محل النموذج النفسي التقليدي في الخدمة الاجتماعية ، وهو مفهوم متحجر يركز علي النموذج الطبي في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، حيث يتم تحديد الأعراض المرضية العامة للاضطرابات العضوية قبل بداية العملية العلاجية ووفقاً لمنظور العلاج السلوكي فقد حل التقييم أو تقدير الموقف Assessment محل التشخيص ، حيث تستمر عملية التقييم من بداية العملية العلاجية حتي نهايتها، فالمعالج لا يهتم بتحديد المفاهيم كمفهوم الإحباط مثلاً، ولكن اهتمامه ينصب علي الكيفية التي تنعكس بها المشكلة علي حياة العميل.

وتقييم الموقف أو تقديره يركز علي المحددات الراهنة أكثر من التركيز علي أحداث الحياة الماضية، ففي خلال العملية العلاجية يتم التركيز علي الإجابة علي ماذا حدث؟ وكيف حدث؟ وليس لماذا حدث ما حدث ؟ كيف أن يتعلم العميل فعل ما يفعله الآن؟ وما الذي يحافظ علي بقاء هذا النوع من السلوك؟ ويقوم المعالج بتحديد أهداف العملية العلاجية والسلوك المستهدف وطرق قياسه بكل دقة، وكتابة تصور مختصر لهذا السلوك ، وكتابة تصور مختصر لهذا السلوك، فإن علي المعالج أن يطرح منظومة من الأسئلة علي العميل ، وهي:

(bayne, 1999-1999: 184)

أ. كيف كان سلوكك اليوم ؟

ب. ما الذي يزعجك في سلوكك هذا ؟

- ج. كيف تسلك عندما تواجهك صعوبات ومعوقات ؟  
د. ما الذي تعتقد بأنه أثر علي سلوكك في الماضي ؟  
ه. ما الذي يعوق محاولتك للتغلب علي مشكلتك ؟  
و. ما الذي تفضله أو تستحسنه إذا ما حلت مشكلتك ؟  
ز. لماذا لم تحل هذه المشكلة ؟

ح. كيف تريد ان تكون بعد حل المشكلة؟

ط. من هم الناس الذين يمكن ان يساعدونك في حل المشكلة .؟

ونظرية الادراك تعتبر تطويرا للعلاج الفردي وذلك ان كلا النظريتين تنطلقان من منطلقات عقلانية واقعية ضمن الخصائص والسمات والمعالم الأساسية لنظرية العلاج الإدراكي وهي :

١. يحدد السلوك بواسطة التفكير، ونحن نلاحظ السلوك والموقف ونلاحظ الآخرين ونلاحظ أنفسنا أثناء الفعل ، ومن خلال هذه الملاحظة نصل إلي النتائج أو الفعل أو التفاعل .

والتطبيقات العلاجية لنظرية الإدراك تتضمن :

- أ. تحديد الأفكار .  
ب. الوعي بالانفعالات وما تمخض عنها من أفكار.  
ج. التعرف علي الرابط بين الأفكار والانفعالات.  
د. النظر للسلوك علي أساس أنه نتاج لعملية مزيج من الأفكار والانفعالات.

٢. ان الفهم الخطأ والتفكير الخطأ يقود إلي السلوك الخطأ، وأن التفكير العقلاني يقود إلي الاهتمام بالأهداف سواء كانت قصيرة أو طويلة المدى، وأن هذه الأهداف هي التي تؤثر في أسلوب حياة الإنسان وفي السلوكيات الأساسية، وأن أسلوب الحياة هو الذي يقودنا إلي تحقيق الأهداف، والعلاج الإدراكي يعطي معني جديداً لحياة العميل أكثر تعقيدا مما قد يواجهه من مشكلات.



٣. إن حياة الفرد لا تتم من خلال القوة غير الواعية (اللاشعورية) وعلي كل حال فإن الإنسان يمكن أن يكون علي غير وعي كامل بأسلوب اتجاهاته أو مواقفه تجاه الآخرين أو تأثير سلوكه علي الآخرين ، بمعنى آخر أن الإنسان ليس قادرا في كل الأحوال علي تفسير سلوكه، ورغم ذلك فإن التركيز علي العملية العلاجية يجب أن ينصب علي العميل نفسه وليس علي مشكلته، مما يؤدي إلي دعم وتنمية الأداء المستقل للعميل أو الاعتماد علي نفسه .
٤. من الصحيح أن هناك دوافع غريزية ، ولكن العدوان ليس من هذه الغرائز، كما يذهب - إلي ذلك فرويد، ويجب ان ينظر للعدوان علي أساس أنه رد فعل للشعور بالخطر أو الشعور بعدم الأمان أو الإحباط . باعتبار أن أسلوب حياة العميل وأهدافه الاجتماعية غير متسقة مع ما يريد الوصول إليه .
٥. ان الغرائز لا تسيطر علي الإنسان وأذا حدث هناك خلاف بين دوافع الإنسان وتحقيقه لأهدافه فإن لديه القدرة علي تعديل أو إعادة تكييف هذه الدوافع .
٦. إن أسلوب الإنسان لا ينبع من الغريزة الجنسية، وأن أي سلوك جنسي شاذ إنما يحدث في حقيقة الأمر نتيجة مشكلة معينة، قد لا تكون لها صلة بالغريزة الجنسية . بمعنى آخر أنه لا يمكن تفسير السلوك البشري في ضوء الدوافع الجنسية وحدها، لأن الدوافع الجنسية تعتبر واحدة من العديد من الدوافع.
٧. العواطف والانفعالات تتبع في الأساس من أسلوب التفكير، وفهمنا لما يدور حولنا هو الذي يجعلنا نقرر كيفية الاستجابة لهذه المواقف سواء كانت خوفا أو غضبا أو شعورا بالذنب أو الحب أو المرض، وكل هذه الاستجابات استجابات واعية لكنها تتم في زمن لا يمكن قياسه .
٨. الدوافع لا يمكن أن تكون عملية غير واعية ، ولكنها عملية اختيار واع مبني علي فهمنا شخصا لما هو ضروري لرفاهية حياتنا أو سعادتنا أو يحقق النجاح لنا في حياتنا .
٩. من ما سبق، فإن العلاج الإدراكي أو الفردي في الخدمة الاجتماعية يركز علي الأفكار والعواطف والدوافع الصريحة والسلوكيات المتغيرة بصورة

مستمرة، حيث أن الناس قادرون علي تغيير سلوكياتهم باستمرار، فالناس الذين تعلموا كيف يكونون عدوانيين يمكن ان يتعلموا كيف يمكن ان يكونوا مسالمين .

١٠ . النظرية الإدراكية تعتبر نظرية ذات توجهات اجتماعية ، ومن ثم فإن عواطف الإنسان ودوافعه وسلوكه ما هي إلا نوع من التفكير الذي يؤثر بدوره علي المجتمع الذي ينتمي إليه الإنسان وعلي بيئته المباشرة، وعلي علاقاته الإنسانية وخبراته علي وجه العموم، فالتفاعل موجود بين السلوك والبيئة التي يعيش فيها الإنسان ، والتغيير يمكن أن يحدث إما بتغيير البيئة أو بتغيير العميل .

١١ . إن الإنسان بطبيعته خلاق ومبتكر ومجدد، ومن ثم فإنه قادر علي الانجاز والتفاني من أجل ذلك، وتلك حاجة من حاجات الإنسان التي يحرص علي إشباعها، وهي تحقيق الذات وفقا للسلم الذي وضعه ماسلو لترتيب وإشباع الاحتياجات، والإنسان لا يفكر علي بطن جائعة ، والمعالج بدلا من مساعدة العميل علي الاسترخاء والاستسلام ، عليه ان يحثه ويشجعه علي مواجهة المشاعر غير السارة بكل قوة ، اعتمادا علي نفسه وبمبادرته الذاتية . وفقا لنظرية الانضباط الذاتي.

١٢ . إن الفرد قادر علي تطوير وتعديل وعيه بصورة إيجابية من أجل الوصول إلي الحقيقة أو الواقع ولو بصورة نسبية، وهذا هو واجب الاخصائي ان يعمل مع العميل بمساعدته علي الوصول إلي الوقائع علي ما هي عليه وليس كما يتخيلها العميل.

إن نظرية العلاج الاداركي في الخدمة الاجتماعية قد استمدت جذورها من الجهود التي بذلها كل من لازاريوس Arnold Lazarus وبيك (Beck) لمعالجة القلق واليس (Ellis) للعلاج الانفعالي العقلاني وقلاسر Glaoser للعلاج الواقعي ، ويعتبر قولدستين Goldstein ، أحد علماء الخدمة الاجتماعية الذين بذلوا جهودا متواصلة منذ الثمانينات من القرن الماضي لترسيخ مفاهيم ومتطلبات

نظرية الادراك في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، حيث تنطلق العملية العلاجية من المبادئ الفلسفية التالية :

- أ. الناس يمكن فهمهم أثناء سعيهم نحو تحقيق أهدافهم .
  - ب. الناس يؤسسون رؤاهم الذاتية للواقع من خلال ماسبق وأن تعلموه من الحياة
  - ج. الناس تتوصل إلي قناعاتها في الحياة من خلال التكيف Adaptation وهو عبارة عن عملية يديرون بها أو يسطيرون بها علي العالم الخارجي الذي يعيشون فيه .
  - د. التكيف يتأثر بتقبلنا لأنفسنا وبفهمنا لأنفسنا، وكيف يؤثر ذلك علي مدركاتنا. ولدراسة مدركات الناس وتعليمهم لابد للاخصائي الاجتماعي من أن ينظر إليهم علي أساس أنهم ناشطون ومتفاعلون، لأن ذلك يؤثر في الحقيقة فيما يفعلونه، ويتأثر بما يحدث لهم .
- وللنفس البشرية ثلاثة أنشطة أساسية في تعاملها مع العالم الخارجي وهي :
١. التكيف ويتمثل في ردود الفعل للعالم الخارجي في سعي الإنسان للوصول إلي أهدافه .
  ٢. الاستقرار Stablisation ويقصد به حفظ التوازن عندما يتعامل الإنسان مع أحداث مستجدة .
  ٣. صياغة المقاصد أو النوايا، ويقصد بذلك عملية السعي لإحداث التغيير بما يتلاءم مع المقاصد الداخلية .

### نظرية علم النفس الفردي وعلاقتها بنظرية الإدراك في الخدمة الاجتماعية

تنطلق هذه النظرية في الخدمة الاجتماعية من إسهامات الفرد أدلر Adler الذي عاش في الفترة (١٨٧٠ - ١٩٣٧م) وهو طبيب نفسي من فينا (النمسا) وقد اهتم بالاضطرابات الوظيفية التي يشكوها منها مرضي أصحاب من ناحية جسدية ولكنهم يعانون حقا من الأعراض الجسدية التي تفسد عليهم حياتهم (كالصداع أو الاضطرابات المعدية التي لا يمكن معرفة أسبابها مهما أجريت الفحوصات).

وقد أسس آدلر جمعية علم النفس الفردي وكان يحضر لقاءات الأربعاء لفرويد في (فيينا) وكان أنشط أعضاء هذه الجمعية أو ما عرفت بجماعة التحليل النفسي ، ولكنه بالتدريج ابتعد عن رؤية فرويد في نظريته للذات البشرية ومكوناتها وتأثير هذه المكونات علي اللاشعور، كمحرك أساسي للإنسان في الحياة وفقا للمرتكزات المخالفة لفرويد التالية :

١. بدلا من التركيز علي الخلل في العلاقة بين الهوية والأنا Ego وبين الأنا الأعلى Superego فإن الاهتمام يجب أن ينصب علي الكشف عن العلاقة المتبادلة بين الجهاز العضوي والجهاز العصبي .

٢. علي المعالج سواء كان في الخدمة الاجتماعية أو علم النفس أو الطب النفسي أن يركز علي فهم الطبيعة البشرية، وهذا عنوان لكتاب لآدلر، كما أن عليه أن يركز علي كيفية مساعدة الناس علي فهم ومساعدة الأطفال لكي ينمون نمواً عقلياً صحيحاً ومعافي من خلال الجلسات المشتركة بين المعلمين وإدارة المدرسة والأطفال الذين يعانون من مشكلات واضطرابات نفسية ، وقد وظفت الخدمة الاجتماعية المدرسية هذه النظرية إلي أبعد الحدود في ممارستها .

٣. اتخذ آدلر مدخلا اجتماعيا لمعرفة الأسباب الشاملة للاضطرابات العصبية منطلقا من المعطيات التالية :

(أ) النظرة للعملاء في ضوء محيطهم الاجتماعي من أجل الوصول إلي تحقيق رغباتهم وتطلعاتهم الفردية .

(ب) العملاء يختارون لأنفسهم أهدافهم الشخصية بناء علي رؤيتهم الذاتية لأنفسهم وللعالم المحيط بهم، وهذه الرؤية هي التي تحدد مدي النجاح الذي يحققه الإنسان في سعيه للوصول إلي أهدافه .

(ت) الناس خلاقون ومبتكرون ومسئولون ومتفردون وقادرون علي أن يقرروا لأنفسهم ما يشاءون .



أن العلاقة بين النظرية الاداركية ونظرية علم النفس الفردي ادلر علاقة وثيقة . ولكن لآدلر مدخل اجتماعي لأسباب الاضطرابات النفسية حيث ينظر إلي الشخصية من خلال ثلاثة أجزاء هي كالآتي:

**الجزء الأول :** الشمولية بمعنى ان الشخصية كل متكامل ولا تتكون من أجزاء متصارعة كما يراها فرويد .

**الجزء الثاني :** النزعة الاجتماعية أو الغريزة الاجتماعية، فالناس اجتماعيون بطبيعتهم ويمكن فهم أفعالهم فقط عندما يشاهدون في مجموعة من الناس وهم يتفاعلون مع الآخرين .

**الجزء الثالث :** سلوكيات الإنسان جميعها ذات معنى ، فمن السهل تحديد أهداف الإنسان قصيرة أو بعيدة المدى ذات الطبيعة الإنسانية التي تعكس الشخصية في كلياتها ولكن :

أ. الناس قد لا يعون أهدافهم، ومن ثم قد لا يستطيعون منطقتها أي تبريرها.  
ب. الناس يستجيبون لخصائصهم الوراثية ولكنهم أيضا يتجاوبون مع متطلبات البيئة من حولهم .

ج. الناس يرسمون خريطة حياتهم ويهتدون بها نمطا سائدا يطلق عليه العالم آدلر أسلوب الحياة Life Style

ويتكون أسلوب الحياة من الآتي :

١. المنطق الشخصي، ويتكون من الأفكار والمعتقدات التي تحكم حياة الشخص، وهي أفكار ومعتقدات غير مشتركة وخبرات ورؤي ذاتية للشخص لنفسه منذ مرحلة الطفولة، والقدرة علي تحمل المسؤولية علي ما يترتب علي السلوك الشخصي من تبعات، والشخص هنا فاعل ولا يعتمد علي ردود الأفعال .

٢. الفهم المشترك بين الناس.

٣. إختيار الإتجاه منذ الطفولة .

٤. الحاجة إلي الإنتماء للأسرة والجماعة والمجتمعات الإنسانية جمعاء.



٥. كل شخص يولد وهو في وضع متدني ويتعرض للقهر حسب الفئة العمرية أو النوع أو الإلتواء، وعليه أن يسعى إلى تجاوز هذه الوضعية والارافقه الشعور بالدونية إلى الأبد .

٦. الإنسان ما لم تلبي حاجته أو غريزته إلى الإلتواء فإنه سيشعر بالدونية ويصبح عاجزا عن لعب دور مفيد في الحياة .

٧. الرؤية الحقيقية للإنسان لنفسه هي التي تحدد سلوكياته ويستجيب له الناس كما تستجيب له الحياة ، وهذا ما نطلق عليه الإشباع النفسي أو الذاتى وفقا لوظائف الحياة المتعددة التي حددها (آدلر) فيما يلي، وأطلق عليها وظائف الحياة :

أ. العمل .

ب. الصداقة .

ج. المحبة تبدأ من الأسرة وتمتد إلى المجتمع .

د. البعد الروحي وهي العلاقة مع الكون .

وأي خلل في واحدة من هذه الوظائف يؤدي إلى خلل في الإنسان . والقيام بهذه الوظائف يساعد الإنسان ، على التمتع بصحة جسدية ونفسية وعقلية جيدة، أي الشعور بالرضا والسعادة . فانهدام العمل أو الصداقة أو المحبة أو العلاقة مع الكون قد يشعر الإنسان بالدونية وأن لا قيمة له بين بني وطنه أو جنسه ، وعدم التوازن النفسي قد يقود إلى نتيجتين متعارضتين :

١. إما الشعور بالدونية وكراهية الذات .

٢. الشعور بالتفوق الزائد أو الغرور .

وعقدة الشعور بالنقص Inferiority Complex وهي حالة شاذة أو مرضية تؤدي إلى أن ينظر الفرد إلى نفسه نظرة دونية ويحتقرها ويقلل من شأنها ، ويصبح حساسا بصورة مفرطة ، ويبحث عن المدح والثناء ولكنه لا يجدهما ولا يصدقهما، ويطور اتجاهات تنتقص من الآخرين وتحقرهم وتزدريهم

في عملية اسقاطية، وقد يصاب مثل هذا الشخص بالغرور ، ولكنه غرور سطحي زائف وأجوف سرعان تنهار جداراته الدفاعية .

وأعراض عقدة الشعور بالنقص قد تتمثل في قول من يعاني منها أو كأن لسان حاله يقول : إن الآخرين لا يشبعون احتياجاتي ولا يعترفون بها ، ولذلك فإنني ساشبعها بنفسى وبطريقتى ، وتلك حوافز لن تؤدي في الحقيقة إلي إشباع احتياجاته بقدر ما تؤدي إلي المزيد من تعقيداتها بسلوكيات تنم عن العدوان والسعي للسلطة بكل السبل التي لا رحمة فيها مع الأقران، ومن ثم فإن مثل هذا الشخص لا يعرف الصداقة ولا يدرك قيمتها الدائمة كما لا يعرف العداوة الدائمة، فيخادع وينطوي وينسحب ويرتبك ويحتر وتصدر عنه من أجل التقرب من الآخرين، دعابات سخيفة ووقحة ويكون شخصاً تقبل الدم ولا يطاق من قبل الآخرين، ويصبح عديم الثقة في نفسه ومكروها ومهزوما ، فيسلك سلوكيات تعويضية، كلوم النفس وتأنيب الضمير .

والشعور بالدونية أو الغرور قد يؤدي إلى ظاهرة الإنسحابية إما بأن ينسحب هو من الجماعة أو أن تنسحب الجماعة منه أو تفسير المواقف تفسيراً خاطئاً علي أساس انه شخص محسود ، ومثل هذه المواقف لا تقود إلى مزيد من الاضطرابات النفسية فحسب لكنها قد تقود إلي أعراض أمراض عضوية كالصداع الذي لا تعرف أسبابه أو ارتفاع درجة الحرارة ، كما أنها قد تؤدي إلي تراجع الإنسان عن الإستمرار في أدائه لوظائفه الحيائية أو عدم الوفاء بها وذلك يتمثل فيما يلي:

١ . ايجاد مبررات لعدم القيام بها .

٢ . عدم القيام بها دون أي مبررات.

٣ . التراجع عن القيام بها .

٤ . الانغماس في واحدة من وظائف الحياة وترك الأخريات .

لقد وضع أدلر وغيره من علماء نظرية الإدراك ونظرية العلاج الفردي مجموعة من المؤشرات لتعامل الأخصائي الاجتماعي مع العملاء وفقاً للضوابط التالية :

١. التعرف علي القاعدة التي تنطلق منها سلوكيات وأفكار وإنفعالات العميل ومشاعره وأهدافه كما هي في الظاهر دون محاولة البحث عن الوعي أو اللاوعي .
٢. التركيز علي عوامل القصور والخلل في تفكير العملاء وتقوية وعيهم حتي يصبحوا أكثر وعياً وإداركا لمختلف مظاهر حياتهم التي لم يكتشفوها من قبل.
٣. التركيز علي عناصر القوة لدي العميل أكثر من مظاهر الضعف أو المرض لديه وتوظيف عناصر القوة في العملية العلاجية .
٤. توجيه العميل وقيادته وتعليمه وتدريبه وإرشاده ليجري تمارين مختارة ليعدل مفاهيمه أو رؤاه وتنقيتها أو تصفيتها ليدرك العلاقة بين أفكاره ومشاعره وأن يفكر في سلوكه وحلول مشكلته بصورة إيجابية وفقا لخطوات صغيرة مرنة ينظر من خلالها للمستقبل أكثر من الماضي .
٥. الاعتراف بأن سلوك كل عميل يتأثر بأهدافه الشخصية أكثر من الدوافع الغريزية البايولوجية المشتركة بين الناس .
٦. العمل علي إحداث تغيرات في رغبات العميل بأن يعي نفسه أو يدرك من هو، وأن يدرك الآخرين من حوله، وكل البيئة المحيطة به ، مع تطوير دليل يحتفظ به العميل للخدمات التي يمكن تقديمها له.
٧. أن يطلب من العميل أن يتحمل المسؤولية عن سلوكياته كما هي عليه الآن وليس البحث عن عوامل اللاوعي التي تشكلت في الماضي، بمعنى آخر تقبل العميل كما هو وليس كما يجب أن يكون .
٨. إحترام العملاء وتهيئة المناخ الملائم لتعليمهم وإزالة العقبات التي تعترض العملية التعليمية ومساعدتهم علي تغيير مسلماتهم ووجهات نظرهم عن واقع الحياة والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية واحترام ذواتهم وتقبلها علي ما هي عليه والسعي من أجل تغيير كل ما يكتنفها من قصور أو مشاعر وأفكار سلبية .

٩. الأخذ بمبدأ العلاقة المهنية وأن هذه العلاقة علاقة مؤقتة مع الاحتفاظ بالهوية المهنية بين المعالج والعميل بمعنى أن يتعاطف مع العميل ولا يعطف عليه .
١٠. الأخذ بالاستراتيجيات والتقنيات والمهارات الأساسية وطرق ممارسة الخدمة الاجتماعية التي تتمثل في الآتي :
- (أ) العلاج الفردي وله الأسبقية ( خدمة الفرد )
- (ب) العلاج الجماعي ( خدمة الجماعة )
- (ت) العلاج المجتمعي ( تنظيم المجتمع )
١١. ممارسة عملية تعليمية قائمة علي التعاون بين المعالج والعميل .
١٢. جمع المعلومات والبيانات عن العميل وفهمه .
١٣. تقييم أسلوب حياة العميل في أدائه لوظائف الحياة الأربع ( ١. العمل ٢. المحبة ٣. الصداقة ٤. البعد الروحي أو العلاقة مع الكون ) .
١٤. تفسير البيانات الخاصة بالعميل والتوصل إلي نتائج أو استخلاص النتائج.
١٥. وضع خطة لإعادة تأهيل العميل وخاصة علاج عقدة الشعور بالنقص وأن يكون نفسه من دون غرور أو تهوين لذاته .
- وبما ان العملية العلاجية هي عملية تكيف في الأساس فإنها تتطلب إحداث تغيير من خلال عملية التعلم ، وقد حدد Goldstein ثلاثة أنواع أساسية للعملية التعليمية تتلو بعضها بعضا وعلي الترتيب وفقا لما يلي :
١. التعلم التمييزي، حيث يصبح العملاء أكثر وعياً بالمشكلات والظروف المحيطة بهم.
٢. تعلم المفاهيم ، حيث يتعلم العملاء الرموز والأفكار التقليدية ذات الصلة بغربة البيانات.
٣. تعلم المبادئ ويتصل بالقيم وإدراك الذات .
٤. تعلم كيفية حل المشكلات ويقصد بها الطريقة الشاملة التي يستطيع العميل عن طريقها أن يحل المشكلات في بيئته والخلاصة ان قمبريل Gambrill قد

اقترح إثنيتي عشرة خطوة لعملية التدخل لممارسة الخدمة الاجتماعية من خلال نظرية العلاج الإدراكي وهي:

١. تصميم دليل الاطار العام للمشكلة .
٢. اختيار المشكلة السلوكية المستهدفة والتعاقد مع العميل لحلها .
٣. الالتزام بالتعاون بين المعالج والعميل .
٤. تحديد السلوك المستهدف تحديدا دقيقا .
٥. تحديد نقطة البداية أو الانطلاق للسلوك المستهدف
٦. تحديد الظروف المحيطة بالمشكلة قبل حدوثها وبعد حدوثها .
٧. تقييم الموارد البيئية المتاحة .
٨. تحديد الأهداف السلوكية المرغوب فيها .
٩. وضع خطة للعملية العلاجية .
١٠. تنفيذ الخطة وتعديلها.
١١. مراقبة المخرجات أو متابعتها .
١٢. المحافظة علي التغيير الذي تم إحداثه . ومما سبق يتضح لنا أن الخدمة الاجتماعية كمهنة تقوم علي مفهوم أن المعارف النظرية يمكن أن تترجم إلي مهارات وتطبيقات تقنية من أجل إحداث التغيير وفقا لأهداف واضحة ومحددة بكل دقة ، حيث يصبح العميل مرتكزا للعملية العلاجية سواء كانت متعلقة بانفعالاته أو مشاعره أو سلوكه أو أسلوب تفكيره وعناصر قوته وضعفه علي حد سواء، ولأن الخدمة الاجتماعية تتعامل في الغالب مع الضعفاء أو المستضعفين من الناس، فإن تمكين هؤلاء العملاء يمثل هدفا مهما للتدخل المهني الذي يساعدهم علي الإعتماد علي أنفسهم ، والعلاج الإداري يعمل علي مساعدة الأفراد علي الوصول إلي مواردهم ، وأن يعرفوا ويوظفوا حكمتهم ويكتشفوا طرقهم الخاصة لمساعدة أنفسهم بأنفسهم .



## الفصل الخامس

### نظرية الارشاد المتمركز حول العميل

وتسمى نظرية الارشاد النفسي

(Client-Centered Theory)

أسسها أحد عملاء النفس الأمريكيين واسمه ( Carl Rogers ) وقد عاش في الفترة ( ١٩٠٢-١٩٧٨م ) وعلي الرغم من أنه ينكر بأنه قد تأثر بالآخرين إلا أنه من الواضح انه قد تأثر بنظرية ( جون ديوي ) وفلسفته البراجماتيه أي الفلسفة الذرائعية أي المنفعية، بمعنى أن أي عملية تعلم ينبغي ان تتم من خلال العمل ، ففي الخدمة الاجتماعية يجب التعامل مع الحالات انطلاقا من الممارسة للعمل، علي أن يشترك في العملية العلاجية فريق عمل تشخيص الحالة Team Work مكون من الآتي :

١. الأخصائي الاجتماعي ( الخدمة الاجتماعية )

٢. الأخصائي النفسي ( علم النفس )

٣. الطبيب النفسي ( الأمراض العصبية ) (Turner:407-430)

ومن تجارب العمل مع الفريق انبثقت المفاهيم التالية :

أ. العلاج غير المباشر عن طريق علاقة التقبل أو الوضوح والصرامة بين المعالج ( الطبيب النفسي أو الاخصائي الاجتماعي أو الأخصائي النفسي ) والعميل .

ب. يفضل أن يشار إلي المراجعين بأنهم عملاء وليس كمرضي .

ج. ان ينظر للعملاء كأشخاص مسئولين عن أنفسهم وليسوا موضوعا للعلاج فحسب، وعلي الاخصائي الاجتماعي أن يتفهم بصورة كاملة، ما أمكن ذلك، الكيفية التي ينظر بها العميل إلي نفسه وإلي العالم من حوله .

د. إن اتجاهات المعالجين نحو العملاء يجب أن تركز علي العملاء أنفسهم إنطلاقا من مجموعة المبادئ التالية :

(١) الثقة المتبادلة بين العميل والمعالج .

(٢) علي المعالج أن يكتشف المقدرات الكامنة لدي العميل التي تساعد علي المحافظة علي حياته والإصرار علي ذلك .

(٣) مهما أحاطت بالشخصية من غيوم غطت الجوانب الإيجابية فيها، فإن هناك أملا في آخر النفق ينبثق من بين الظلمات متجاوزا كل العقبات والصعوبات التي يواجهها العميل ، وقد شبه روجرز هذا الأمل في الأعماق البعيدة ببراعم نبات تبحث عن أشعة الشمس في غرفة مظلمة، ومن مسئولة الأخصائي الاجتماعي الكشف عن الظلمات وإزاحتها لكي تنمو هذه البراعم بصورة صحيحة وسليمة .

(٤) كل فرد من أفراد البشرية منفرد بذاته أو فريد في ذاته، وهذا مبدأ من مبادئ الخدمة الاجتماعية الأساسية ويسمى ( تفريد الحالة ) بمعنى أنه لا يوجد شخصان متشابهان تشابها مطلقا .

(٥) لا يمكن للأخصائي الاجتماعي ( المعالج ) أن يكشف كل ما يحيط بالشخصية من غموض ( الخصوصية ) والعميل نفسه هو الذي يستطيع أن يكشف عن هذا الغموض من خلال المساعدة المستمرة والتشجيع من قبل الاخصائي الاجتماعي .

(٦) غموض شخصية العميل تتحكم فيه خبراته التي ينكرها (النكران مثل الكذب والاستغلال ) والتي تم استيعابها ضمن مفهوم الذات -Self Concept والذي يختلف عن مفهوم الذات الحقيقية Real Self والذات الحقيقية يقصد بها الجزء من الكائن العضوي ( الإنسان ) الحقيقي المتفرد

الموثوق به المتمثل في العمليات الفيزيولوجية لنمو جسم الإنسان ونمو  
امكانياته ومقدراته . أما مفهوم الذات ( المزيقة ) Self Concept  
ويقصد بها رؤية الإنسان غير الحقيقية لنفسه، وهذا المفهوم يتطور  
تدريجيا بمرور الزمن عندما يكون الإنسان محاطا بآخرين يقللون من  
شأنه أو يحقرونه أو يتعجلون في أدانته أو عقابه، ولذلك فإنه سرعان ما  
يصبح شخصا مرتبكا ومتشككا ومرتابا في الآخرين وهذه المفاهيم تتفق،  
مع ماذهب إليه Goldstein في تحديده لأجزاء النفس البشرية في  
المنظور الإدراكي في الخدمة الاجتماعية ، حيث يمكن للصراع ان ينجم  
بين هذه الأجزاء وهي هنا ثلاثة أجزاء :

أ. الذات كما يدركها العميل .

ب. الذات كما هي في الحقيقة (كما يراها الآخرون)

ج. الذات كما ينبغي أو ترغب أن تكون .

والصراع قد يتفجر بين الذات كما يدركها الإنسان والذات كما هي في  
الحقيقة، وذلك عندما يعتقد الانسان بأن الآخرين يكرهونه أو لا يطيعونه، وخاصة  
في مراحل التحولات الحياتية كأن يصبح الإنسان مراهقا أو مسنا أو عاطلا أو  
عاجزا . كما قد يحدث الصراع بين الذات كما ينبغي ان تكون والذات كما هي  
في الواقع وذلك عندما يسعى الإنسان إلي تحقيق أهداف معينة ، ولكن المجتمع  
يحبطه بعدم تمكنه من الوصول إلي هذه الأهداف ، فقد يكون الإنسان في واقع  
الأمر مؤهلا لشغل وظيفة معينة ، ولكن المجتمع لا يتيح له فرصة شغل هذه  
الوظيفة لأسباب لا يدركها أو لأسباب لا علاقة لها بالمؤهل كالعرق أو اللون أو  
الانحياز ضد المرأة مثلا كما قد يحدث نوع من الصراع بين الذات كما يدركها  
العميل وبين الذات كما هي في حقيقة الأمر ، فإدراكنا لذواتنا قد لا يتوافق مع  
دوافعنا وقيمنا ومعتقداتنا ، كالإنسان الذي يرغب في استقرار حياته الزوجية،  
ولكنه في الواقع يعاني الأمرين من هذه الحياة ، كما قد يسعى لرضاء الآخرين  
ولكنه لا يجد منهم غير الصد والجود . فالإنسان منذ الطفولة يحتاج إلي رضاء

الآخرين ، وعندما يفشل الإنسان في الحصول علي هذا الرضا تنشأ الاضطرابات النفسية نتيجة لعدم نجاح الإنسان أو فشله في حل الصراع الذي ينشأ بين الرضا وعدم الرضا من قبل الأم علي وجه الخصوص .

والحصول علي الرضا يتطلب ان يبذل الإنسان قصاري جهده ، ومثل هذه المواقف قد تقود إلي خداع النفس ، يعني أن الإنسان قد يعتقد أن الأمور علي مايرام ولكنها ليست كذلك في واقع الحال ، فالشخص المضطرب نفسيا لا يستطيع ان يقيم ما بداخلة تقييما صحيحا وسوء التقدير أو التفسير يجعله عديم الثقة في أفكاره وفي مشاعر الآخرين نحوه .

وفي مثل هذه الحالات إما أن يلجأ الأشخاص المضطربون نفسيا إلي سلطات خارجية تساعدهم علي تجاوز هذه الاضطرابات ( اللجوء إلي الاخصائيين الاجتماعيين أو النفسيين ) وإما أن يجدوا أنفسهم عاجزين عن اتخاذ القرار ، والمفهوم الذاتي للنفس الناجم عن مثل هذه الحالات غالبا ما يكون سلبيا ، ويقوم علي أسس زائفة مرتبطة بعدم القدرة علي اتخاذ القرارات ، ومفهوم الذات (الذاتي) غالبا ما يتكون بعد سنوات من قمع الذات الحقيقية حيث يكون مفهوم الذات في هذه الحالة عدواً شرسا لهوية الشخص الحقيقية والمتفردة . وبمجرد أن يتجذر المفهوم الذاتي لدي الشخص فإن الانفصال عن الذات الحقيقية سيكتمل بصورة تدريجية ، فتصبح هناك قطعة تامة بين الشخص ومشاعره وأحاسيسه الداخلية وتقييمه لذاته ، فيشعر الإنسان في معظم الأحوال بعدم الكفاءة أو التفاعل ، فيسلك سلوكا مضطربا ، وكلما تدني تقييم الشخص لنفسه فإن سلوكه سيصبح غير مرغوب للذات الحقيقية وغير مقبول لدي الآخرين ، وكلما تعمق أو تجذر مفهوم الذات المضطرب كلما حاول الشخص أن يخفي ذلك عن الذات الحقيقية ( النكران ) أو خداع الذات بالتكبر أو أن يخفي ذلك عن الآخرين عن طريق ( التمويه والكبت ) أو التملق وغالبا ما يفشل في كل ذلك .

والمشكلة الحقيقية للأشخاص المضطربين نفسيا هي أنهم في الغالب لايعون اضطرابهم ، كما أنه ليس بالضرورة أن ينظر إليهم أو يشعرهم من لهم مصالح



في اضطراباتهم بأنهم أشخاص مضطربون ، مما يشجعهم علي التماذي في خداع أنفسهم كالمدير الذي يخادع نفسه بأنه رجل فاضل ومحبوب ومستول ويقوم العاملون معه باضفاء هذه الصفات عليه زورا لأنه في حقيقة الأمر شخص عدواني وسريع الغضب ومرتاب ومتشكك في مروسية .

أما عملية العلاج من خلال المنظور للمتمركز حول الشخصية أو العميل فإنه يتطلب الخطوات التالية : (Turner; 267-295)

١. الانفتاح علي التجارب والخبرات والاستماع إلي الذات الحقيقية وللآخرين دون وجل أو خوف .
  ٢. أن يعيش الإنسان حياته كاملة وان يثق في تجاربه .
  ٣. أن تكون القرارات نابعة من قدراته وقناعاته الذاتية الحقيقية وليست مجاملة أو خضوعا للآخرين ، وأن يفعل الإنسان ما يعتقد بأنه صحيح .
  ٤. الشعور بالمسئولية وحرية الاختيار .
  ٥. القدرة علي الابتكار في الأفكار وفي المشروعات التي تساعد علي تغيير الظروف المحيطة بالإنسان .
  ٦. وأن المفهوم الذاتي للشخصية يمكن ان يتغير في أي لحظة من خلال التعامل مع الآخرين . وفقا لما يمكن استخلاصه من العلاج المتمركز حول العميل كما تصوره روجرز ، فإن العملية العلاجية تمر بثلاث مراحل .
- المرحلة الاولى :** مرحلة بناء الثقة بين المعالج والعميل وقد تستغرق بضعة دقائق كما قد تمتد إلي عدة شهور .
- المرحلة الثانية :** مرحلة نمو العلاقة الحميمة بين المعالج والعميل حيث ينتقل العميل من الحديث عن مشاعره إلي الحديث عن خبراته الحقيقة أثناء العملية العلاجية.
- المرحلة الثالثة :** والتي نادرا ما يتم الوصول إليها وهي مرحلة المساعدة المتبادلة بين المعالج والعميل، فكما يتأثر العميل بالمعالج يتأثر المعالج بالعميل.



وفي ضوء ما سبق فإن علي الاخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع الاشخاص المضطربين نفسيا ان يقوم بما يلي :

١. إقامة علاقة مع العميل تمكنه من مواجهة القلق والتوتر .
٢. تلعب علاقة الاخصائي الاجتماعي مع العميل دورا أساسيا لكونها علاقة بين شخصين ومن المفترض أن يكونا متساويين.
٣. علي الأخصائي الاجتماعي الدخول تدريجيا إلي عالم العميل بإيجابياته وسلبياته ويتعاطف معه ، حتي يتمكن الأخصائي الاجتماعي من أن يدرس ويشعر ويعيش تجربة العميل وعالمة كما يراه ويحسه ويعيشه هو نفسه . (وهذا خلافا لمبدأ العلاقة المهنية في الخدمة الاجتماعية التي تتطلب أن يحافظ الأخصائي علي مسافة تفصل بينه وبين العميل، وهو ما يسمي بالعلاقة المهنية التي تتطلب قدرا من الحذر في تعامل الاخصائي الاجتماعي مع العملاء ، فالاندماج في حياة العملاء له مخاطره).
٤. العملاء الذين يمكن ان يستفيدوا أكثر من هذا المدخل هم الذين لديهم دافعية لمواجهة المشاعر السلبية المؤلمة، ولديهم رغبة في التغيير، واستعداد لتحمل المسؤولية .
٥. علاقة الأخصائي الاجتماعي مع العميل يجب أن تكون قائمة علي الواقعية والإيمان والحرية والتقبل للعميل والتعاون معه ونيل ثقته ومآزرته من خلال الإحترام المتبادل .

وتعتبر نظرية العلاج المتمركز حول الشخصية أو العميل من النظريات العلاجية الأكثر تفاؤلا ، كما أنها تعطي وزنا لمشاركة العميل في العملية العلاجية، يفوق الوزن الذي تعطيه أي نظرية أخرى للعملاء ، ولذلك وصفت بأنها نظرية متسامحة متساهلة مع العملاء، وهذا قد يتناقض مع دور أو وظيفة مؤسسات الخدمة الاجتماعية الرسمية الذي يتمثل في العمل علي احتواء العملاء أو مراقبتهم ، وليس تركهم احراراً يفعلون ما يشاءون ، ففي عالم تسيطر عليه آليات السوق الحر ، وثقافة المستهلكين لا يمكن للناس ان يفعلوا ما يريدون ، فقد

جردتهم السوق من هذه الحرية التي تقوم علي العلاقة بين مقدم الخدمات الربحية والمستهلك ، الذي قد لا يملك ثمن ما يقدم له من خدمات ، والمال أصبح هو المسيطر الأزحد علي الحياة المعاصرة وليس حسن النوايا، وقد كان "روجرز" يعتقد بأنه ثوري يقف في صف الضعفاء ويدافع عنهم ، فالخلاص من المعاناة أمر غير ممكن لأنه يعزي في الأساس إلي العلاقات الواهية التي يمر بها الناس ليس في سنوات حياتهم الباكرة، ولكن طوال سنوات حياتهم، ولعلاج هذه الاضطرابات النفسية فإنه لابد من تصويب هذه العلاقات الواهية بإقامة عناصر علاقات علاجية كانت غائبة في ماضي حياة هؤلاء العملاء في مجتمع قائم علي تنافس لا تتساوي فيه الفرص والمقدرات، فالتنافس يعني أول ما يعني أن هنالك فائزين كما أن هناك خاسرين ، والخاسرون هم ضحايا الاضطرابات النفسية وبعض فائزين قد لا يستطيعون ارتقاء سلم النجاح مرة أخرى ، وفي مجتمع تجاري ربحي سيكون هناك ضغط مستمر للمزيد من استقطاع الخدمات من جهة والمزيد من الضغط أيضا علي مهن المساعدة الإنسانية كالطب والتمريض والخدمة الاجتماعية لكي تقوم علي أسس تجارية ربحية أيضا من جهة أخرى .



## الفصل السادس

### منظور العلاج السلوكي في الخدمة الاجتماعية

#### Behavior Therapy Theory

استفادت الخدمة الاجتماعية من الإسهامات التي طورها ( لا زاريوس ) للعلاج النفسي في الخدمة الاجتماعية عام ١٩٥٨ ، ومن علماء النظرية السلوكية كما هو معروف (ثورندايك ) ١٩١١م والذي طور ما يعرف بالتعليم عن طريق المحاولة والخطأ وجربها علي الحيوانات بوضعها في صناديق ، وعليها ان تبذل جهودا مضنية أو متعبة وهي جائعة للوصول إلي الطعام بتحريك رافعة أو جذب خيط أو بالضغط علي سطح معين ، فالتدعيم ( الجزاء ) سواء كان إيجابيا أو سلبيا يقوي السلوك، والعقاب سواء كان إيجابيا أو سلبيا يخفض السلوك أو يقضي عليه ، فالإيجابي يعني العطاء والسلبي يعني الحرمان في الغالب، كما تطورت هذه المفاهيم أيضا من نظرية (بافلوف ) التي وضعت عام ١٩٢٧م والتي عرفت بعملية ( الاقتران الشرطي ) . وذلك أيضا بإجراء تجارب علي الحيوانات (الكلاب) كما انه استفاد من طريقة فرويد في العلاج النفسي التي تتمثل في ان تعريض الشخص إلي ما يخافه سيؤدي إلي علاج أو معالجة الخوف القهري .

إن نظرية العلاج السلوكي في الخدمة الاجتماعية تركز أساسا علي نظرية التعلم الشرطي ومفاهيمه كالاقتران الشرطي والمثير والاستجابة والتدعيم . وتركز علي السلوك الظاهري وتري أنه من غير الحكمة التركيز علي الأفكار الخفية لأنها حالة ذهنية لا يمكن إخضاعها لاختبار مستقل وموضوعي ، فجميع السلوكيات سواء كانت سوية أو غير سوية يمكن تفسيرها وفقا لمبادئ نظرية التعلم الشرطي ، فالسلوك غير السوي يتم تعلمه بالطريقة نفسها التي يتم بها تعلم السلوك السوي ، هذا وإن كان هناك الكثير من أنواع السلوك لاصلة لها بالإقتران

الشرطي ، وإنما تحدث بصورة عفوية وتلقائية وطبيعية ، وهي عبارة عن استجابات غير شرطية لمثيرات غير شرطية، ولذلك فإن منظور الخدمة الاجتماعية السلوكي يري ضرورة ألا تصحب السلوك غير السوي أي وصمة لصاحب هذا السلوك بأنه شخص غير سوي ، فالسلوك هو غير السوي وليس العميل في كليته هو غير السوي، ولذلك لابد من تحديد السلوك المستهدف قبل بداية العملية العلاجية وفقا لمقاييس دقيقة محددة تنطلق من نقطة معينة ليتمكن قياس ما تم إنجازه خلال العملية العلاجية أو من بعدها وفقا لخطة محددة تتوفر فيها المثيرات والاستجابات والمدعمات سواء كانت ثوابا أو عقابا ماديا أو معنويا لإشباع احتياجات أولية أو ثانوية بصورة مستمرة ومتسقة حتي يتحقق السلوك المرغوب أو يتم الإقلاع عن السلوك غير المرغوب فيه ( Turner: 131-154).

وتتطلب فرضيات تدخل الخدمة الاجتماعية من خلال العلاج السلوكي من المقولات التالية:

١. السلوك البشري سلوك متعلم إما عن طريق التجربة والخطأ أو عن طريق الإقتران الشرطي، وإن كانت هناك استجابات غير شرطية لمثيرات غير شرطية كخوف الطفل حديث الولادة من السقوط أو من الأصوات العالية
٢. السلوك السوي يمكن إعادة تشكيله وترسيخه ودعمه .
٣. السلوك غير السوي يمكن محوه وإزالته فالثواب أو العقاب قد يستخدمان لمحو السلوك غير المرغوب، والعقاب هنا يقصد به العقاب الايجابي بالتدعيم أو العقاب السلبي بالحرمان .



## أنواع السلوك غير السوي وعكسه السوي:

١. سوء التكيف وعكسه التكيف السوي .
٢. السلوك الانحرافي يعكس قدرا من عدم التكيف .
٣. كثير من الأفراد المتوترين غير متكيفين من نواحي كثيرة وعلى الاحصائي الاجتماعي ان يتعرف علي مصدر توترهم ، وقد تكون مصادر التوتر :
  - أ. اجتماعية : الشخص غير المتكيف مع أسرته قد يكون متوترا ومن ثم لا يتكيف في سلوكه مع أصدقائه لأنه لا يدرك أن عملية الصداقة هي عملية أخذ وعطاء أو عملية تنازلات ، ولذلك فإن أخذ العميل دون أن يعطي ربما يعتبر نوعا من سوء التكيف .
  - ب. سوء التكيف مع علاقات العمل : من مظاهر ذلك خوف الإنسان من عدم القدرة علي تأمين الرزق أو التعرض للبطالة أو الخوف من الفشل في الحياة عموما أو الرسوب في الامتحانات .
  - ج. سوء التكيف مع الأنشطة الترويحية والعاطفية : كالخوف من الفشل في إقامة أي علاقة عاطفية ، نتيجة تجارب سابقة فاشلة كالطلاق .
  - د. أيضا من المصطلحات المستخدمة كمفاهيم : الخوف من الخوف : ولكي يتعرف الاخصائي علي سلوك الخوف من الخوف فإن له أعراضا هي عادة أعراض الخوف العادية بصورة مفرطة دون لزوم أو أسباب مثل سرعة خفقان القلب أو الارتعاش .
  - هـ. من المفاهيم المستخدمة مفهوم العجز المتعلم : ويقصد به تشكك الإنسان في مدي مقدراته وكفاءته ، والفرد المعافي أو الصحيح هو الشخص القادر علي التوافق مع ضغوط الحياة اليومية بما في ذلك مهدداتها ومخاطرها ، أما في حالة العجز المتعلم ، فإن العميل أو الإنسان يتصور أنه عاجز عن التوافق مع البيئة المحيطة به ، وأن جهوده عقيمة لاجدوي منها ، وستذهب أدراج الرياح ، ومثل هذا الموقف يقود إلي الفشل كما يقود الفشل إلي فشل آخر ، وذلك من خلال تعميم مواقف الفشل إلي كل

حياته أو جزءاً كبيراً من حياته كالذي يفشل في امتحان أو يخاف من الفشل في الحب قد يفشل في إقامة صداقة حميمة مع الآخرين وفي علاقاته الأسرية . والصحة النفسية ينظر إليها بمدي سعادة الإنسان بالتكيف أو التوافق في شتي مظاهر الحياة ، أما الإصابة بالإحباطات النفسية غالباً ما تكون نتيجة لتفاعلات معقدة لمجموعة كبيرة من العوامل، وعلى الأخصائي الاجتماعي أن يميز بين العوامل البيولوجية أو الغريزية والتي يمكن أن تتمثل في الخوف من السقوط وهذا خوف غريزي لدى الأطفال ، كما يخاف الطفل من الأصوات العالية أو الخوف من حركة غير مألوفة ، وفي الثقافات التقليدية غالباً ما يستخدم علاج الخوف أو تجاوزه وخاصة في مراحل الانتقال من مرحلة الطفولة إلي مرحلة الشباب وذلك بتعريض الشباب عمداً إلي مصادر الخطر والخوف . وفي مثل هذه الحالات علي الأخصائي الاجتماعي المعالج أن يعرض العميل بأمان علي مصادر خوفه لمواجهة الحقائق ليتمكن من التحكم في مصادر الخوف . ومصادر الخوف تؤثر فيها مجموعة من العوامل :

١ . الخوف الغريزي .

٢ . التخلف العقلي .

٣ . العوامل الاجتماعية والثقافية .

٤ . الخبرات الماضية . (Bayne : 118-132)

وهذه العوامل مجتمعة تضاعف الاضطرابات النفسية ، وتضاعف من بعضها البعض كالخوف من الموت الذي يؤدي إلي الخوف من المرض ، والخوف من المرض يؤدي إلي الخوف من الموت وهكذا ، والإنسان الخائف خوفاً مرضياً لا بد له من العمل ولو بصورة غير واعية لتجاوز حالة الخوف التي يعيشها ، ولذلك فإن كثيراً من العملاء الخائفين خوفاً مرضياً قد يلجأون إلي تعاطي المخدرات أو العقاقير أو المسكنات لتخفيف الخوف وما يصاحبه من قلق وتوتر ، ولكن بمجرد أن يزول مفعول هذه المسكنات فإن المشكلة تزداد تعقيداً ،

فيصبح الإدمان مشكلة في حد ذاته ، وفي مثل هذه الحالة فإن أهداف العلاج تتمثل في الآتي :

١. ابتكار خطة علاجية لتغيير السلوك مباشرة عن طريق التعلم أو محو ما تم تعلمه ( نظرية الاقتران الشرطي ) عن طريق إعادة تشكيل السلوك خطوة بخطوة أو محوه أو تقليده أو الحث عليه أو تحريك جسد العميل نحوه .

٢. التركيز علي المشكلة الرئيسية الظاهرة دون محاولة البحث عن العمليات التي تجري في اللاوعي .

٣. علاج موجه نحو المشكلة .

٤. علاج منظم ومباشر ودائم ووجهها لوجه مع العميل وخاصة فيما يتعلق بتقنيات التقليد أو النموذج الذي يشاهده العميل وفقا لتقنيات نموذج لعب الدور.

٥. علاج قصير المدى بمعنى (لا يطول مداه ) خلافا للعلاج من منظور التحليل النفسي ، وذلك يتوقف علي نوعية المشكلات التي تتمثل في معرفة أسباب المشكلات التي قد ترجع إلي إعاقة شديدة سواء كانت عقلية أو جسدية أو نفسية أو انفعالية أو قصور سلوكي ، بمعنى أن سلوكه غير سوي ، كالخلل في المهارات الاجتماعية وقد تكون المشكلة متعلقة بخلل عضوي ، وأحيانا المشكلة قد تكون ناجمة عن حركات لا إرادية أو اضطرابات عادات ، كنزع الشعر ، أو قضم الأظافر ، أو الخوف من الأماكن المظلمة ، أو الخوف من التلوث أو انتقال عدوي . فالهدف الأسمى للعلاج من المنظور السلوكي هو تبديل السلوك الذي يعيق أنشطة حياة العميل اليومية ، فمثلا الهدف من علاج القلق ليس هو إزالته كليا وهذا أمر مستحيل، ولكن الهدف هو مساعدة الأفراد علي خفض مظاهر عجزهم الناتجة عن القلق، ولذلك لابد من التحري والدقة في اختيار العملاء للعلاج السلوكي .

## معيار اختيار العملاء : ويتمثل في الفئات التالية :

١. العملاء الذين يعانون من مشكلة سلوكية ظاهرة يمكن تحديدها .
٢. العملاء الذين يعانون من مشكلة راهنة يمكن التنبؤ بخط سيرها واتجاهاتها.
٣. يشترط الاتفاق بين الأخصائي المعالج والعميل علي تحقيق أهداف محددة ، والتعاون ضروري وهام ليكون العميل علي استعداد لتخصيص وقت لحضور الجلسات اليومية العلاجية التي قد تستغرق أسابيع عديدة ، كما أن المريض قد يعطي واجبات منزلية ، والعلاج يتسبب في إحداث قلق للعميل وعليه أن يتحمل هذا القلق بدافعية صادقة للتغلب علي المشكلة كمشاكل القصور السلوكي أو الإعاقة .
٤. يستحسن وجود شخص من الأسرة ليكون معالجا مساعدا ومهمته تشجيع العميل والثناء عليه والوقوف إلي جانبه.
٥. علاج تدريجي ( التدرج في العلاج )
٦. المدمنون والمكتئبون اكتئابا شديدا والأمراض المستعصية والنفسية قد لا يستفيد عملاؤها من هذا العلاج .
٧. العلاج يتم علي أسس فردية وهو عكس العلاج الجماعي .
٨. إقامة علاقة خطة علاجية يكون فيها الاتفاق علي الأهداف وكيفية الوصول إليها، كما يمكن أن تكون الخطة العلاجية مكتوبة ومعروفة من الطرفين ، وعلاقة العمل قد تكون علاقة تعاقدية بين العميل والأخصائي الاجتماعي، خاصة إذا نطلب الأمر الانتقال من طريقة خدمة الفرد إلي خدمة الجماعة لمساعدة الناس الذين يعانون من المشكلة نفسها ، كجماعات المدمنين أو جماعة المراهقين في مجتمع محلي معين، كما يمكن وضع خطة علاجية جماعية أو فردية في الدور الايوائية والتعامل مع الأحداث الجانحين في هذه الدور علي سبيل المثال بما يوفر قدرا كبيرا في الموارد بالتركيز علي الحلول الجماعية أكثر من التركيز علي الحلول الفردية.

**الخلاصة :** إن العلاج السلوكي كما يهدف إلى علاج المشكلة الأساسية فإنه أيضا يهدف إلى معالجة الأمراض الناجمة عن هذه المشكلة واستبدالها بأعراض أكثر صوابا، والخطة العلاجية تتطلب تحديد الأساليب العلاجية ومن أول هذه الأساليب:

١. تمثين التواصل البصري بين الأخصائي الاجتماعي وبين العميل .
٢. كما أن تغيير السلوك يمكن أن يتم من خلال التواصل عن طريق الإشارة ولا بد من تقدير تكلفة العلاج سواء كانت مالية أو عينية .
٣. التسجيل ويعتبر جزءاً هاماً من ممارسة العلاج السلوكي في الخدمة الاجتماعية وهو عبارة عن كتابة ملاحظات مفصلة ودقيقة عما تم إنجازه بداية من نقطة الانطلاق وانتهاء باتمام العملية العلاجية.
٤. التقييم يعتبر من أهم عمليات العلاج السلوكي، ويتضمن التقييم إجراء مقابلات مكثفة لاكتشاف ما يلي:

- ما الذي ينظر إليه المشاركون في العملية العلاجية كمشكلة تتطلب حلاً؟
- من هم الذين يشكون أو يعانون من هذه المشكلة ؟
- من هم الذين يمثلون جزءاً من المشكلة ؟
- ما إيقاع حدوث المشكلة من حيث الزمن ودرجة الحدة ؟
- هل تتمثل المشكلة في أن السلوك أصبح عاماً أو غالباً أو غير ملائم ؟.
- من الذي يمكن أن يلعب دور الوسيط في حل المشكلة ؟
- إلى أي درجة يرغب العميل في حدوث تغيير في سلوكياته ؟
- إلى أي مدى تتوفر المدعمات ؟





## الفصل السابع

### نظرية التدخل المهني في الأزمات

### Crisis theory

- أسستها Naomi Golan وقد لخصت هذه النظرية في مجموعة من المرتكزات أو الفرضيات تتمثل في الآتي : (Bayne:101-116)
١. إن كل أنسان أو مجموعة من الناس أو مجتمع تتعرض لنوع أو آخر من الأزمات أو الكوارث أو الصدمات أثناء حياتها .
  ٢. المخاطر التي يتعرض لها الإنسان أو الأحداث المؤلمة قد يكون من الممكن التنبؤ بها والتي تتجم عنها أزمات كمرحلة المراهقة أو الزواج أو الانتقال من بيت إلي بيت، كما أن هنالك أحداثا أخرى يمكن التنبؤ بها كالموت أو الطلاق أو الكوارث الطبيعية .
  ٣. الأزمات تعني إختلالا في التوازن القائم بين الإنسان والبيئة التي يعيش فيها أو الناس الذين يتعامل معهم حيث تصبح قدراته عاجزة ولو مرحليا عن التكيف أو التوافق مع ما يحدث له .
  ٤. عندما يحدث الاختلال في التوازن فإن الإنسان السوي يحاول بقدر الإمكان أن يستعيد هذا التوازن بطرق مألوفة وعندما تفشل هذه الطرق فإنه سيحاول طرقا جديدة لحل المشكلة التي يواجهها .
  ٥. عندما تفشل كل الطرق والمحاولات في مواجهة الأزمة أو المشكلة فإن الإنسان يصاب بالتوتر والقلق.
  ٦. إن عامل الفجائية المصاحب للكارثة أو الأزمة أو الأحداث المأسوية يضاعف من عدم القدرة علي حل المشكلة ويضاعف من التوتر المصاحب لها ولذلك فإن الأزمة ستتشط باستمرار ما لم توضع لها حلول.

٧. الأحداث المأساوية يمكن النظر إليها بإحدى الطرق التالية حيث ترتبط كل حادثة من الأحداث بنوع معين مطابق لها في الاستجابات وفقا لما يلي :

الاستجابات	الأحداث المأسوية
القلق ، التوتر ، اضطرابات نفسية	١. المهددات threats
الحزن والاكتئاب	٢. فقدان loss
Hope أماني - أمل	٣. الإنسان يواجه بالتحديات challenges

٨. عدم النجاح في مواجهة حل المشكلات أو مواجهة الأزمات في الماضي يؤدي إلى فشل الإنسان في حل هذه المشكلات والوقوع في مزيد من الإزمات .

٩. كلما تمكن الإنسان من حل الأزمات التي واجهها في الماضي كلما كان قادرا علي حل المشكلات التي ستواجهه في المستقبل .

١٠. العملاء الذين يواجهون مشكلات معينة أكثر انفتاحا أو تقبلا لطلب المساعدة من قبل الأخصائيين الاجتماعيين .

١١. تجدر الإشارة إلي أن الوقت بين تفجر الأزمة وإيجاد حلول لها يختلف باختلاف الأزمات، ويعتمد علي مجموعة من المتغيرات منها: شدة الأزمة والمخاطر المحيطة بها ، وردود فعل الشخص عليها ، وطبيعة وتعقيدات المهام التي يجب أن يقوم بها الاخصائي الاجتماعي من جهة والعميل من جهة أخرى ، ومدى توفر الموارد لمواجهة هذه الأزمة . وفي كل الأحوال فإن الأزمات خاصة الفردية وعملية اختلال التوازن لا تستمر طوال الحياة، ففي حالة فقدان عزيز مثلا غالبا ما يستمر الحزن الشديد من أربعة إلي ستة أسابيع ، وخاصة بالنسبة لضحايا الحرائق أو حوادث المرور أو

الطيران أو الحروب والزلازل، ولذلك فإن من واجب الخدمة الاجتماعية أن تكثف عملها مع هؤلاء خلال هذه الفترة الزمنية .

١٢. إن المواقف المتعلقة بالازمات من بدايتها إلى نهايتها لها مراحل محددة يمكن التنبؤ بها تتمثل في ردود الفعل العاطفية أو الانفعالية للاستجابات السلوكية لكل مرحلة من المراحل وهي علي التوالي كالفرع والتسويات والنكرات والمساومة ثم التقبل والتكيف . وتصاحب هذه المراحل من الفعل وردود الفعل عملية تثبيت نمط وهذا النوع يتطلب التدخل العلاجي . في بداية الازمة أو الصدمة غالبا ما يكون الشخص غير راغب في تلقي أي مساعدة للتخفيف من وقع الحدث ، ولكن بالتدريج فإن حصون الدفاع عن الذات تبدأ في الإنهيار، وهذه اللحظة هي التي من المفترض أن يتدخل فيها الاختصاصي الاجتماعي لمواجهة الازمة .

١٣. أثناء التفاعل مع الازمة ومحاولة التغلب عليها ، فإن العملاء غالبا ما يطوعون أساليب جديدة للتكيف مع الوضع الراهن ، وهذا ما يمكن العميل من التغلب علي أي مشكلات أو أزمات مستقبلية مماثلة وبأقل أنواع المساعدات التي يتلقاها من قبل الخدمة .

١٤. ان استراتيجية التدخل المهني في الأزمات لها هدفان أساسيان وهما :

- أ. مساعدة العملاء علي حل المشكلات التي تؤرقهم .
- ب. إعطاء خبرة جيدة لأسلوب حل المشكلات حتي يستطيع العملاء تحسين أو تطوير مقدراتهم المستقبلية للتعامل مع الصعوبات وليصبحوا أكثر رغبة في تقبل المساعدة .
- ج. إن الهدف من تقييم المشكلة ليس هو دراسة استجابات العملاء الإنفعالية أو تاريخ حياتهم كما هي الحال في نظرية التحليل النفسي، ولكن الهدف هو تحديد متطلبات ما يمكن عمله وتحديد العقبات التي قد تحول دون متطلبات ما يمكن عمله والضغوط التي لا يمكن تغييرها .

د. تحديد المشكلة والعمل علي حلها من خلال منظور التدخل المهني لحل  
الازمات سواء كان تدخلا قصير المدى أو طويل المدى له مراحل  
محدده تمثل فيما يلي :

١. علي الاخصائي الاجتماعي وصف المشكلة كما هي الآن وأن يحدد بدقة  
المشكلات المحتملة بمساعدة العميل علي وصف الصعوبات بطريقته  
الخاصة .

٢. علي الأخصائي الاجتماعي أن يقوم بتلخيص المشكلة كما يفهمها ويدركها  
وعرضها مرة أخرى علي العميل للتعرف علي ما إذا كان تخليصه يمثل  
حقيقة المشكلة كما يراها العميل .

٣. الوصول إلي اتفاق مع العميل حول رؤيته الحقيقية للمشكلات الأساسية .

٤. أن يواجه الأخصائي الاجتماعي المشكلات غير المحلولة وغير المرغوبة،  
وذلك عندما يرغب العميل في حل قد لايساعد علي حل مشكلته الحقيقة ،  
كالرغبة في الرجوع إلى زوجة مطلقة أو زوج مطلق يصعب الرجوع إليه أو  
أن الرجوع لايساعد علي حل المشكلة بل يزيدا تعقيداً .

٥. علي الأخصائي أن يبرز المشكلات التي أغفلها العميل أو تجنب ذكرها  
أو لا يتقبلها أولاً يدركها .

٦. علي الاخصائي الاجتماعي أن يبحث عن شركاء آخرين يساعدون علي  
حل المشكلة إذا كان ذلك ضروريا .

٧. تحديد مكان المشكلة وزمان حدوثها بصورة مفصلة بكل المشكلات  
الراهنه واتخاذ قرار بالتغيرات المرغوب فيها والعمل حول ما يجب  
عمله، بإبراز المشكلات ووضعها في شكل أسبقيات وتحديد ناتج  
العملية العلاجية المرغوب فيها، وتصميم منظومة المهام والاتفاق  
علي اللقاءات أو الاتصالات وفقا لجدول زمني محدد . وتطوير  
البدائل الممكنة في خطة العلاج وتنفيذ الخطة وتسجيل الموارد أو  
الإجراءات والإستراتيجيات والحوافز والمهارات ورصد المعوقات وكيفية  
التغلب عليها.



## الفصل الثامن

### المنظور الوجودي في الخدمة الاجتماعية

#### Existential theory

المداخل الوجودية والإنسانية لممارسة الخدمة الاجتماعية هي طرق للنظرة إلى الحياة، فالناس في حياتهم يحاولون أن يضيفوا معنى للعالم من حولهم ، وأن الاخصائيين الاجتماعيين يحاولون مساعدة الناس في الحصول علي المهارات التي تمكنهم من اكتشاف أنفسهم واكتشاف العالم الذي يؤثرون فيه ويتأثرون به بتحليله وتفسيره، وقد استندت النظرية الوجودية في ممارسة الخدمة الاجتماعية علي عدد من النظريات النفسية منها علي سبيل المثال لا الحصر نظرية relating في الصحة العقلية ونظرية Rogers في العلاج المتمركز حول العميل وغيرهما كثيرون. (Bayne: 169-181) وربما كان Carl Rogers واحدا من أهم الكتاب في المنظور العلاج الانساني في الخدمة الاجتماعية وأن كان تأثيره في الخدمة الاجتماعية يعتبر تأثيرا غير مباشر لأن جل اهتمامه قد انصب علي الإرشاد النفسي الذي يعتبر من صميم اهتمامات الاخصائيين الاجتماعيين، ومن المنطلقات الإنسانية للمنظور الوجودي هي التعامل مع مبادئ أساسية للخدمة الاجتماعية وقيمها الاخلاقية كمهنة لتقديم المساعدات الإنسانية، ومنها الجدية والأمانة والاستماع والصدقة الحميمة والدفء في العلاقة والاحترام والتقبل والفهم المتعاطف مع العملاء وفقا لسلم متدرج للعلاقة العلاجية بين الاخصائي الاجتماعي والعميل، يمكن من خلاله تقييم مدي فاعلية العملية العلاجية وفقا للحقائق التالية :

١. إننا نستطيع أن نفهم أنفسنا فقط في ضوء علاقتنا بالآخرين .
٢. ان ما يقلقنا أساسا في حياتنا أن نفقد الآخرين وأن نصبح وحيدين.

٣. ونحن نشعر بالجرم الذي اقترفناه في حق أنفسنا لأننا لا نستطيع أن نجعل حياتنا خلقة ونحن وحدنا الذين تقع علينا المسؤولية في أن نفعل ما نشاء وفقا لقراراتنا الذاتية .

٤. الهدف من العلاج مساعدتنا علي العمل وتقبل الحرية والمسئولية في القيام بذلك.

ويرتبط المنظور الوجودي في الخدمة الاجتماعية بمنظور الأزمة، ويرى أن هنالك أربعة محاور للأزمات التي يواجهها الإنسان في المجتمعات المعاصرة تتمثل في الآتي :

١. المحور الجسدي

٢. المحور الاجتماعي

٣. المحور النفسي

٤. المحور الروحي .

المحور الجسدي:

فالإنسان في هذا المحور يصارع من أجل السيطرة علي عناصر قانون الطبيعة فيقاوم فناء الجسد من جهة والحاجة إلي التقبل الاجتماعي بالمحافظة علي جمال الجسد من جهة أخرى ، فالناس يسعون إلي تحقيق الأمان لأنفسهم في هذا المحور من خلال المحافظة علي الصحة من جهة وامتلاك المزيد من الثروة ومنفعتها بالنسبة إليهم أمر مؤقت بالموت من جهة أخرى .

المحور الاجتماعي : العلاقات مع الآخرين فالأخرون هم الجحيم بعينه :

فالإنسان دون قصد منه شاء ذلك أم لم يشأ سيجد نفسه بين محاور متضادة في حياته الاجتماعية ، فالاتجاهات التفاعلية بين الناس تتراوح بين الحب والكراهية، كما تتراوح هذه الاتجاهات بين التكامل والتنافس ، بين التقبل والرفض ، بين الانتماء والعزلة ، وعن كل ماسبق تتجم أزمات قد يستطيع الإنسان تجاوزها أو لا يستطيع، فبعض الناس نتيجة لهذه المواقف المتصارعة

يفضلون الانسحاب من عالم الآخرين ، وهذا في حد ذاته يعتبر أزمة تتطلب حلاً ،  
وأخرون يسировون بصورة عمياء فينغمسون أو يستمرون في علاقات غير  
مرغوب فيها من أطراف أخرى .

المحور النفسي : (العلاقة مع الذات) :

يتضمن هذا البعد ضرورة أن ينتمي الإنسان إلي نفسه ، وانتماء الإنسان  
إلى نفسه يتطلب أن تكون فكرة الانسان عن نفسه صحيحة ، وأن يكون قادراً  
علي الاستفادة من خبراته الماضية في تشكيل حياته المستقبلية وأن تكون له  
هويته، ولكن الذي يحدث في واقع الأمر أن الإنسان قد لا يستطيع أن يحدد هويته  
أو يتقبل ذاته ، وكل ذلك يؤدي إلى الارتباك أو الاختلال أو الانفراط .

المحور الروحي : علاقة الإنسان مع الكون :

يحاول الإنسان أن يجمع بين منقصات الحياة وقضاياها ، فالناس يلجأون  
إلى الجانب الروحي ليضيفوا معني علي حياتهم ، ولتقبل حقيقة الموت ، فالإنسان  
الروحي بدلا من الخوف من الموت يتمني حسن الخاتمة ، ويتقبل حقيقة فناء  
الجسد في الدار الدنيا والخلود في الآخرة .

ولكن هناك منظور فلسفي أكثر تعقيدا في العلاج الوجودي ، فالمنظور  
الوجودي يوجه خطابه إلي حاجة المهنيين الملحة لتقديم علاج أكثر فاعلية  
للفقراء والأقليات ، وذلك بالتركيز علي الوضع الراهن للعملاء ، ويحاول  
المنظور الوجودي أن يكون مرنا وانتقائيا في توظيف مداخل متعددة لعلاج  
العملاء ، ويحرص المنظور الوجودي علي أن ينظر إلي العميل من خلال قيمه  
وعاداته وتقاليده وأسلوب حياته، ويحاول أن يعيد تكيف الإنسان مع ذاته، وليس  
مع القيم والعادات المجتمعية الراسخة . إن هذا المنظور لن يقنع الاخصائيين  
الاجتماعيين الممارسين لسببين رئيسيين هما :

١. ينطلق المنظور الوجودي من كتابات فلاسفة وعلماء نفس ودين تنطوي علي  
مصطلحات ومفاهيم غريبة وعصية الفهم علي ممارسي الخدمة الاجتماعية  
العاديين ، والاختصاصيون الاجتماعيون غالبا ما يميلون إلي العمل والتطبيق

أكثر من الانزلاق للتظير والأبعاد الفلسفية لممارساتهم ، بمعنى آخر أنهم يميلون إلي تقديم حلول عملية ومصلحية واضحة المعالم.

٢. يهتم المنظور الوجودي كفلسفة بتقديم تقنيات ومهارات تساعد الأخصائيين الاجتماعيين علي أداء وظائفهم، ولقد ولدت الفلسفة الوجودية في محيط من الخراب والدمار الذي شهدته أوربا في الحرب العالمية الثانية، وقد وقف كتاب الفلسفة الوجودية ومبدعوها ضد الأعمال الكاذبة والوعد بحياة هنيئة وسعيدة للإنسان ولكن اتضح أن العلم لن يحل مشاكل الإنسان ، فهناك العديد من القضايا التي تعاني منها الإنسانية ومنها علي المثال لا الحصر الاغتيالات أي كان نوعها ومنها الحروب وعدم الاستقرار الاقتصادي وارتفاع معدلات الطلاق وارتفاع معدلات الجريمة .

ويعبر فلاسفة الوجودية في كتاباتهم عن اليأس أو الإحباط ، وللخروج من هذا إلى أس أو الأحباط تصبح المسؤولية فردية ، فالإنسان شخص متفرد، والحياة عبارة عن معاناة مستمرة وما علي الاخصائي الاجتماعي إلا أن يساعد العميل علي تحمل نصب الحياة وقسوتها ومآسيها ، وبمجرد ان يكتشفها الإنسان فإنه يستطيع أن يتجاوز هذه المآسي ، فالإحباط قد يكون مصدرها شعور الانسان بالعزلة والوحدة والعجز، وكل هذه مصدرها رضوخ الإنسان أو خضوعة واستسلامة للقيم والعادات والتقاليد السائدة، لأنها لا تساعد علي اكتشاف قدراته وتستعبده وتصادر حرياته وحقه في الاختيار . والعلاج هنا يتمثل في التحرر من القيم المكبلة للإنسان وإرادته، فالإنسان كيان متفرد وقائم بذاته وأن محاولة تحجيم تفرد الإنسان ضررها أكثر من نفعها ولذلك فإن علي المعالج أن ينطلق في تعامله مع العميل من المرتكزات التالية :

١. حرية الاختيار ويقصد بها الإيمان بقدرة الإنسان علي إحداث التغيير شريطة التصميم والإرادة .

٢. المعاناة وهي تقتضي الصبر علي الرغم من الآلام ومن الألم تنبثق القدرة علي الخلق والابتكار .

٣. مجادلة الحياة بمعنى الدخول في حوار مستمر مع البيئة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي يعيش فيها الإنسان، أي بمعنى مواجهة تحديات الحياة .

٤. الإلتزام، أي أن يلتزم الإنسان بتقدير وتوفير طاقاته لما فيه الخير له ولغيره من الآخرين، أي بمعنى التفاني من أجل خير الإنسانية جمعاء، وهذا يرسخ رؤية العميل الإيجابية للحياة من حوله، ويعطي حياته معنى وأسلوباً خاصاً به .

٥. إن معظم أفكار علم النفس الإنساني والوجودي مستمدة من إهتمامات ماسلو Maslow الخاصة بتحقيق الذات وفقاً لسلم متدرج لإشباع الاحتياجات حسب أهميتها بالنسبة للإنسان .

٦. كما يستمد المنظور الوجودي في ممارسة الخدمة الاجتماعية أصوله من نظرية التفاعل الرمزي كما حددها جورج هربرت ميد Mead الذي يفسر أفعال الناس في ضوء رموز العالم الخارجي الذي يختزنونه في عقولهم ، فالناس يطورون هذه الرموز من خلال تفسيراتهم لتفاعلهم مع العالم الخارجي وفيما بينهم باستخدام اللغة، فالناس يتفاعلون مع أنفسهم أولاً حتي يتيسر لهم التفاعل مع العالم الخارجي، والخدمة الاجتماعية من المنظور الوجودي تحاول مساعدتهم على التفاعل على المستويين الداخلي والخارجي حيث يتشكل وجودهم في نهاية المطاف.





## الفصل التاسع

### نظرية العلاج الاسري

### Family Therapy

الخدمة الاجتماعية كمهنة معنية بالعلاقات بين الأفراد ومحيطهم الاجتماعي، فالطريقة التي يؤسس بها الفرد عالمة وإحساسه بنفسه تتم بواسطة جماعات اجتماعية صغيرة وكبيرة متنوعة، ومن أهمها الأسرة، والمعالجون الأسريون في الخدمة الاجتماعية معنيون بالأسرة كوحدة اجتماعية أساسية تقوم علي علاقات القربي والإلتزام والألفة والمودة الحميمة ، والأسرة تلعب دوراً مؤثراً في عملية التنشئة الاجتماعية علي السلوك، والأسرة في الغالب لا تتقدم بنفسها مجتمعة لطلب العلاج ، ولكن من المتعارف أن كل فرد منها لديه مشكلة ما من مشاكل الحياة ، ولكن المعالج الأسري لا ينظر للعميل بمعزل عن محيطه الأسري، فالأعراض التي يعاني منها العميل تعتبر جزءا من أنماط التفاعل الأسري ، ولذلك فإن علي المعالج توظيف عناصر القوة في الأسرة لإيجاد حلول للمشكلات التي يعاني منها العملاء وتعرف نظرية العلاج الأسري ، الأسرة بما يلي: ((الأسرة نسق حكم ذاتي يدير نفسه وفقا لأحكام تكونت عبر فترة من الزمن من خلال عملية المحاولة والخطأ)).

وتستمد نظرية العلاج الأسري أصولها من ممارسة نظرية التحليل النفسي من جهة ونظرية الأنساق من جهة أخرى ، فالأسرة تمثل نسقا مفتوحا يؤثر ويتأثر بما حوله من ظروف بيئية طبيعية أو اجتماعية سواء كانت داخلية أو خارجية . والأسرة وحدة اجتماعية خلقة وتتحمل مسئولياتها في السعي وبذل أقصى الجهود للسيطرة علي البيئة من حولها، بما يحقق استقرارها ورفاهيتها وسعادتها، والتدخل أو المساعدة المهنية في الخدمة الاجتماعية تقدم للأسرة عندما

تعجز هذه الأسرة عن التكيف مع الظروف الطارئة أو المتغيرة سواء داخلها أو من خارجها ، فمرحلة مراقبة الأبناء -مثلا - قد تتجم عنها توترات بينهم وبين الآباء في المجتمعات المعاصرة ، كما أن الهجرة قد تمثل مشكلات صعوبة تكيف الأسرة مع ظروفها المستجدة وكذلك البطالة والفقر والإدمان والجريمة والشيخوخة والمرض والطلاق والترمل والإنجاب غير الشرعي .

يعتبر ناتان اكرامان Nathan Ackrerman مع بعض الدارسين بأنه مؤسس العلاج الأسري من خلال المقالة التي كتبها في عام ١٩٣٧م وعنوانها (الأسرة وحدة اجتماعية وعاطفية ) كما تعتبر ميري باون (Bowen) إحدى المؤسسات لدراسة العلاقة بين الطفل والأم من خلال التركيز علي التعايش بينهما باعتبار أن الشوزوفرينيا أو الانفصام هو نتيجة لعقدة لم يتم حلها في العلاقة بين الطفل وأمة . (Turner : 432-452).

وقد حدد بعض الدارسين عمليات محورية عديدة للأسرة السوية وهذه المحاور سواء أكانت منفردة أو مجتمعة هي التي تحدد مدي الصحة الأسرية كما يلي :

١. في كل أسرة من الأسر لكي تكون سوية لابد من وجود مشروعية تنطلق منها السلطة داخل هذه الأسرة وتترسخ بمرور الزمن ( في الاسلام الرجال قوامون علي النساء )

٢. لابد من نظام لقيم مستمرة ومتسقة داخل الأسرة يستطيع أفراد الأسرة وبناءا عليها أن يحددوا مواقفهم وأفعالهم ، فكل أسرة من الأسر تمثل وحدة فريدة قائمة بذاتها سواء فيما يتعلق ببنائها أو معتقداتها ، وعلي الاختصاصي المعالج أن يجد الأسلوب الأنسب للتعامل مع الأسرة المعنية .

٣. لابد من وجود سلوك متبادل مستقر مشترك ومتسق يدعم بعضه بعضا داخل الأسرة .

٤. لابد من وجود عناية مستقرة وفعالة بالأطفال .

٥. لابد من وجود ممارسات تساعد علي الإبقاء علي الزواج وتحافظ علي استمراريته .

٦. ضرورة وجود نسق من الأهداف التي يسعى إلي تحقيقها كل فرد من أفراد الأسرة والأسرة مجتمعة .

٧. لابد من وجود درجة من التوافق والتكيف الناجح والمرن لتتمكن الأسرة من استيعاب الأزمات المألوفة وغير المألوفة التي تواجهها .

في عام ١٩٧٦م حدد Lewis وآخرون الحد ، الاقصى للأداء الأسري الذي يتسم بعمليات متنوعة للتفاعل بين واحدة أو أكثر من العمليات التالية أو نقيضها :

١. التوافق الاسري وعكسة المشاكسة أو المعاكسة الأسرية.

٢. الاحترام أو التقدير لوجهات النظر المختلفة التي يعتقدها الانسان أو الآخرون أو بمعنى آخر القدرة علي الإتفاق والإختلاف وعكسها الدكتاتورية أو التسلط.

٣. الاعتقاد بأن دوافع الانسان دوافع معقدة ولكن لديه قدرة علي أن يتسم بالمرونة في علاقاته الأسرية وعكسها التعصب .

٤. إتاحة الفرصة داخل الأسرة للقيام بالمبادرات الفردية وعكسها السلبية .

٥. البنية الأسرية المرنة تتسم بالعلاقات الزوجية والوالدية المتناسكة وعكسها البنية المفككة التي تتسم بانعدام الضوابط وتسود فيها الفوضى .

٦. من سمات الأسرة السوية وجود مستويات متقدمة للإستقلالية الشخصية سواء في المشاعر أو الأفكار أو الأفعال ، وعكسها الاعتمادية أو الاتكالية.

٧. أعضاء الأسرة السوية يتفهمون أنفسهم بصورة تتفق مع فهم الآخرين لهم وعكسها سوء الفهم .

٨. الأسرة السوية يتسم أفرادها بالوضوح والصراحة في التعبير عن عواطفهم الجياشة تجاه بعضهم البعض بصورة عفوية ، لأن برود العلاقات والجفوة ستقود حتما إلي التباعد العاطفي بين الزوجين علي وجه التحديد الذي يتخذ السمات التالية :

(١) الزيادة المستمرة في إيقاعات التباعد العاطفي .

(٢) الخلل العضوي أو العاطفي الذي يصيب أحد الزوجين .

٣) نشوب الصراع بين الزوجين .

٤) اسقاط المشكلة علي الأطفال ومعاقتهم علي ذنب لم يقترفوه

وللتعرف علي هذه المشكلات وكيفية علاجها فإننا سنتناولها من خلال منظورات أو مداخل الخدمة الاجتماعية العلاجية الأسرية التالية :

- المنظور البنائي structural family therapy
  - المنظور السلوكي behavioral therapy
  - المنظور الاستراتيجي strategic therapy
  - المنظور أو النموذج التواصلني (التواصل الأسري) Family communication therapy (Davies:97-113,147-155)
- المنظور البنائي للأسرة: مجموعة الأسئلة ذات الصلة ببناء الأسرة ومشكلاتها التي غالبا ما تكون لها علاقة ببناء الأسرة تتمثل فيما يلي :
١. ما ديانة الأسرة ؟

٢. ما عدد أفراد الأسرة وأشكالها: نووية أم ممتدة ؟

٣. ما نوعية الأشخاص الذين تضمهم الأسرة أقرباء غير أقرباء ؟.

٤. ما الفئات العمرية لأعضاء الأسرة (الأطفال والكبار) ؟

٥. ما المشكلة الراهنة التي تعاني منها الأسرة أو تواجهها؟

٦. ما نوع الجنس داخل الأسرة أو أعضاء الأسرة حسب النوع؟

٧. ما الوضع الاقتصادي داخل الاسرة ؟

٨. ما طبيعة العلاقة الأسرية (أسر متفاعلة - غير متفاعلة - متماسكة - مفككة

- متشددة - متسلطة - متجبرة - قصيرة - مرنة - حرة - طليقة) ؟

٩. ما خصائص المشكلة التي تعاني منها الأسرة ؟ كيف بدأت ؟ متى بدأت ؟

ومن الذي تسبب فيها ؟ ومن الذي يبقي عليها أو يصر علي إثارتها ؟ من هم

الأشخاص أو أفراد الاسرة الذين يحرصون أو يرغبون في حل المشكلة ومن

الذي يعوق جهودهم ؟ ما المتغيرات الأساسية التي تحكم الأسرة في علاقتها



مع الأنساق الخارجية مثلاً - الخلافات والتوافقات مع الأسرة الممتدة ؟  
والعلاقات الإيجابية أو السلبية مع صاحب العمل أو مع المؤسسات الأخرى؟،  
وما الجو العقابي السائد في الأسرة ؟ وخاصة علاقات الأسرة مع المعاقين -  
الضرب والتهديد - وفرض الحلول بالقوة ؟ مانوع العلاقة الوالدية السائدة،  
هل هي تسلطية ؟ (اب مستبد) وما مظاهر الحماية الزائدة عن الحد والدلال  
والإهمال والنبد ؟؟.

### المنظور السلوكي للعلاج الفردي للأسرة :

حدد كل من فورد وديفنز في عام ١٩٨١م أربعة عوامل لا بد من وضعها في  
الاعتبار عندما يقرر الاختصاصي الاجتماعي تدريب الوالدين علي المهارات  
الوالدية، وهذه الاعتبارات تشمل ما يلي :

١. تقييم مدي إمكانية السيطرة علي البيئة المحيطة بالوالدين .
٢. ما مشكلة العلاقات الشخصية بين الوالدين ؟، لأن العلاقة إذا كانت سالبة بين  
الزوجين أو الوالدين قد تؤدي إلي إعاقه أي جهود لإحداث أي تعاون .
٣. ما المشكلات الشخصية داخل النفس البشرية التي يعاني منها الوالدان؟  
فالإحباط والقلق قد يؤديان إلي شلل مقدرات كل من الوالدين على الاستفادة  
من التدريب علي السلوكيات الوالدية .
٤. ما الموارد والدوافع بالنسبة للأبناء التي يمكن أن توحى أو تقترح أشكالاً  
أخرى من التدخل المهني؟ فهناك مفكرون وعلماء آخرون أكدوا علي دراسة  
العلاقة وأنماطها بين الوالدين للتعرف علي نمط شخصية كل واحد منهما ،  
فقد يكون أحدهما متسلطاً أو إنهمازانياً أو عدوانياً أو سلبياً أو قاسياً أو عكس  
ذلك عطوف أو حنون . ومن دراسة هذه الصفات يمكن التوصل إلي وجود  
صفات سلبية أو إيجابية بين الوالدين قد تساعد علي مئانة العلاقة بينهما وفقاً  
لما يلي :

أ. العلاقات التكاملية وهي العلاقات المتقابلة لحد بعيد في سلوك الوالدين فإذا  
كان الزوج عدوانياً فلا بد ان تواجهها أو تقابلها سلبية من الزوجة.

ب. العلاقات المتصاعدة أو التصاعدية : وهي يقابلها سلوك مماثل لها (زوجان متوتران )

ج. العلاقات المتوازنة : وهي العلاقات المكونة من واحد أو اثنين من الانفعالات فتتسم بالمرونة والتعصب في الوقت نفسه ( تقلب المزاج )

المنظور الاستراتيجي في العلاج الأسري : عبارة عن مبادرات استراتيجية علاجية تتمثل في سلسلة من التدخلات المهنية لإحداث تغييرات محددة يقوم بها الاختصاصي الاجتماعي وفقا لما يلي :

١. يقوم المعالج بضبط العملية العلاجية وتصبح مدخلا معيناً لكل مشكلة من المشكلات .

٢. هنالك العديد من المدارس الخاصة بالعلاج الاستراتيجي الذي كان يقوم به عدد من الممارسين من مختلف المهن والتخصصات ومن ذلك مثلا :

أ. العلاج عن طريق حل المشكلات .

ب. العلاج العقلي أو الأمراض العقلية .

ج. العلاج الإدراكي الذي يوظف في حالات الأسر المستعصية المشاكل والتي تقاوم أي حل من الحلول ، علي الرغم من أنها تعاني مشكلات مزمنة مستعصية ولا يستطيع الأفراد فيها أداء الوظائف ، وفي غالب الأحوال فإن مثل هذه الأسر لا تتجاوب مع المداخل أو المناهج العلاجية التقليدية .

د. المعالجون الاستراتيجيون ينصب اهتمامهم علي تغيير نظرية العلاج والوسائل التي تساعد علي إحداث تغيير في الحياة الأسرية ، ولذلك فإنه لابد من تضافر الجهود من مختلف التخصصات لعلاج هذه الأسر وعن طريق عمل الفريق دعماً لمضاعفة أحداث التغيير في أسر تقاوم التغيير باستمرار .

هـ. يهتم المعالجون الاستراتيجيون بأعراض المشكلات ، ومن أهدافهم الرئيسية القضاء علي الأعراض السلوكية داخل الأسرة ، لأن هذه

الأعراض السلوكية بغض النظر عن أسبابها هي التي تؤثر في تفاعلاتها وتقرض عدم الاستماع لبعضهم البعض أو الفهم الخاطئ لأي إشارة أو كلمة أو فعل يصدر من الطرف الآخر

و. يتضمن العلاج الاستراتيجي تقنيات تتمثل في التشخيص والمحافظة وإعادة التخطيط أو إحداث تغييرات محددة في أعراض المشكلات التي تعاني منها الأسرة .

ز. تتمثل الوصفة العلاجية التي يخرعها الاخصائي العلاجي للأسرة في التعليمات أو الموجهات السلوكية التي يجب أن يشارك فيها أفراد الأسرة، أما المحافظة فإنها استراتيجية تعتمد علي عدم إحداث التغيير في اتجاهات معينة من الممكن ان يؤدي تغييرها إلي تضاعف مشكلات الأسرة ، أما استراتيجية التقييد فإنها تتمثل في وضع إطار معين للجهود العلاجية التي سيقوم بها الاخصائي الاجتماعي والتي تحدد الاعراض أو السلوكيات أو منظومة السلوكيات التي يفضلها الاخصائي الاجتماعي ويحاول الإبقاء عليها كقاعدة انطلاق للعملية العلاجية بصورة طبيعية .

ح. العلاج عن طريق التواصل الأسري: Family Communication therapy (clinical intervention with families)

مكونات العلاج الاسري عن طريق التواصل في الخدمة الاجتماعية :

النماذج النفسية الاجتماعية للتواصل إنبثقت من تدريس الأنساق الصغري لمهارات الشخصية والمهارات الاجتماعية لمداخل الخدمة الاجتماعية السلوكية ، كما أن لها صلة بتطوير الاستشارات النفسية في الخدمة الاجتماعية باستخدام التقنيات التجريبية من أجل إعطاء العملاء فرصة للتعلم العملي لبعض المهارات التي يساعدهم الاستشاريون علي تملكها، وباستخدام وسائل تعليمية كالتسجيلات المرئية أو الصوتية أو سلوكيات حقيقية وفيما يتعلق بالتواصل فإن نظرية الدور role theory تلعب دورا في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، لأن النظرية تتناول بالتحليل والتفسير التفاعلات بين العميل والآخرين ، وكيف أن توقعات هؤلاء

الأخرين وردود فعلهم تؤثر بصورة متميزة في ردود فعل العملاء، وهذا جانب مهم في فهم شخصية العميل فقد اكدت هيلين برلمان Perlman علي أدوار الأسرة والوالدين كمحددات للشخصية والسلوك علي وجه العموم وفي التوامل الاسري علي وجه الخصوص ونظرية التواصل في الخدمة الاجتماعية الاجتماعية تعتبر نوعا من النظريات الاجتماعية النفسية التي تساعد الاخصائيين الاجتماعيين علي القيام بالتدخلات المهنية الاكثر ملاءمة في التواصل مع العملاء. (Turner : 541-563) إن كثيرا من الطاقة تحافظ علي توازن نسق ما كالفرد أو الأسرة أو الجماعة الاجتماعية ، وتتكون هذه الطاقة من المعلومات وردود الفعل عليها ، كما أن كثيرا من نظريات الشخصية التي يتم توظيفها في الخدمة الاجتماعية مثل نظرية علم نفس الأنا ، تهتم بكيفية تعامل الفرد مع الواقع الاسري الذي يعيش فيه وان هذا الواقع يركز في الاساس علي كيفية التواصل داخل الأسرة الذي يعتمد بدور علي كيفية تفسير أفراد الأسرة لهذا الواقع وفهمهم لانماطة السلوكية ومن ثم فان التواصل يمثل جزءا ضروريا لفهم الاخصائي الاجتماعي لنظرية التواصل كإطار عام لممارسة الخدمة الاجتماعية الأسرية فالعميل في المحيط الاسري يتلقي المعلومات ثم يقيمها ويرسلها مرة أخرى (feedback) ليدرك كيف تم تقييم المعلومات من قبل المتلقي، فقد تفهم الرسالة بصورة كاملة أو جزئية أو انتقائية أو قد لا تفهم علي الإطلاق ويساعد فهمها علي العلاج سواء كانت تمثل فعلا أو ردود فعل أو قولا منظوقا أو إشارة أو حتي لو كانت مكتوبة، وعدم وضوح الرسالة يترتب عليه الكثير من سوء الفهم ومعوقات التواصل داخل الأسرة وفقا لعدد من متغيرات ومكونات التواصل الأسري .  
هناك سبع مكونات رئيسية مرتبطة بالتواصل بين أفراد الأسرة تتمثل في :  
أولا : البيئة العامة :

١. الاستماع Listening

٢. أجواء المخاطبة

٣. أجواء المشكلة



ثانيا : أدوات التواصل

ثالثا: الإهتمام بعملية التواصل.

رابعا : محتوى أو مضمون التواصل .

خامسا : معوقات التواصل .

سادسا: مكونات التواصل .

سابعا: حلول مشكلات التواصل ودور الاختصاصي الاجتماعي .

المجموعة الرئيسية للسلوكيات :

اجمعت علوم السلوك علي أنه لأبد أن يكون هنالك مستمع قبل أن يكون هناك متكلم أو متحدث ، كما أنه لابد أن تكون هنالك رسالة ما قبل قناة ما للوصول إلي المستمع .

أ) قنوات التواصل :

١ . كلمات منطوقة.

٢ . تواصل غير منطوق ( لغة الجسد ) .

٣ . التواصل عن طريق الإشارات ، واللغة غير المنطوقة ( لغة الجسد ) كإدارة الظهر لمتحدث من الأسرة كمثال للتواصل غير المنطوق ، والتعبير عن المواقف يتم من خلال تعبيرات الجسم وحركات الأعضاء والإشارات وتعبيرات الوجه، بالإضافة إلي القنوات المساعدة للتواصل ، والتي قد تكون عبارة عن نبرات الصوت ودرجته . واللغة أو لغة التواصل المنطوقة قد تكون مفردات أو كلمات معروفة ومتداولة ولها معاني محددة ، كما قد تكون مجرد أصوات متفق عليها أو غير متفق علي معانيها . بالإضافة إلي ما سبق فإن وصول الرسالة إلي المتلقي من قبل المرسل أو المتحدث تعتمد في كثير من الأحيان علي وضعية الجسد أو وضعية الحواس ويتوقف ذلك علي :

١ . التواصل البصري أثناء الحديث أو المحادثة .

٢ . الموقف قد يتطلب غض الطرف أو الحياء .

٣ . قد يتطلب الموقف طريقة معينة في جلوس أطراف المحادثة.



٤ . المسافة التي تفصل بين المتحدث والمتلقي .

٥ . يتطلب الموقف إظهار الاهتمام من قبل المرسل أو المتلقي أو الرسالة .

(ب) الاهتمام بعملية التواصل :

من المفترض أن يظهر المتلقي أو المستمع اهتماما متواصلا بالرسالة وان يعبر عن ذلك بالإشارة أو اللغة المنطوقة أو تعابير الجسد ومن ذلك مثلا :

١ . أن يعلق علي محتوى الرسالة بالمقاطعة .

٢ . قد يقاطع ( والله دي حكاية ) .

٣ . أن يتقبل بعض المعلومات ويرفض البعض .

٤ . أن يرفض المعلومات التي يشك في صحتها شريطة إلا يصبح رفضه عقبة في طريق استمرار التواصل بينه وبين العميل . اما بالنسبة للمتحدث فإنه قد يحافظ أيضا علي انتباه المستمع بطرق معينة ، كما يمكن ان يستخدم تواصل توجيه المستمع إليه كأن يقول مثلا ( انظر لي هنا ) وفي كثير من الأحيان يعبر المستمع عن عدم رغبته في الاستماع أو التواصل، وعلي المتكلم أن ينتبه إلي مثل هذه المواقف التي تعبر عن نفسها ( تتأوب المستمع - ان يسرح المستمع أو ينظر إلي ساعته أو يستغرق في نوم عميق أو أن يظهر علي وجهه الضيق والامتعاض .

(ج) محتويات التواصل الاسري :

ويتضمن المواقف التالية :

١ . أن يصف أفراد الأسرة الأحداث التي تربط بينهم وخبراتهم بأمانة .

٢ . هل يطلبون ما يريدونه من بعضهم البعض بصراحة وبأساليب متعددة ؟

٣ . هل يعبرون عن آرائهم ومشاعرهم بصورة صريحة ؟

٤ . هل لديهم الرغبة في اقتراح الحلول للقضايا التي تواجههم ؟

د. معوقات التواصل الأسري :

١ . التواصل في شكل أوامر ( افعل كذا أو قل كذا )

٢. التحذير والتهديد.
  ٣. الوعظ.
  ٤. النصيحة بأعطاء حلول لمشكلة لم يتعرف عليها الناصح.
  ٥. إعطاء محاضرات ( درس في الأخلاق )
  ٦. اللوم.
  ٧. التحقير والشتم
  ٨. إثارة الشك والريبة .
  ٩. اعطاء تعليقات ساخرة ( يا شاطر - تغيير الموضوع والانتقال لموضوع آخر لاصلة له بالموضوع الذي يجري الحديث حوله )
  ١٠. طريقة الضحك أو الإبتسامة وغيرها من التعبيرات .
  ١١. التواصل قد يكون أداة من أدوات العقاب ومن أنواع العقاب بين الزوجين عدم الرغبة في المشاركة .
  ١٢. التحالفات داخل الاسرة ، فقد يتحالف الابن مع أمه ضد أبيه أو العكس.
- هـ) مكونات التواصل :

#### ١. مهارات الاستماع :

والتي من المفترض أن تكون مرتبة ترتيباً هرمياً بمعنى رأسياً مثلاً حسب الفئة العمرية أو أفقياً مثل الزوجة تستمع للزوج أو العكس، ومنها الهدوء وعدم المقاطعة، وفي هذه الحالة فإن علي المتحدث أن يفهم أن الاستماع لا يعني الموافقة علي كل ما يقول، ولذلك فإن عليه أن يعطي المستمع فرصة أن يعبر عما يدور في ذهنه .

#### ٢. مهارة التعبير :

وهي التي تتطلب ان يتحدث الانسان بالضمير الأول ( أنا ) وأن يلقي المتحدث اللوم علي نفسه ، ويتجنب العبارات الجارحة ويتحول من الطلبات والأوامر إلي الرجاءات، والتواصل العنيف المصحوب بالعقاب يدفع الأسرة إلي

الاستجابات الملتوية كالنكران والكذب لحماية الذات . ومن متطلبات التواصل الجيد اختيار الوقت المناسب وهو الوقت الذي يكون فيه الناس في حالة استرخاء وليسوا خاضعين لضغوط خارجية، ان الاسترخاء في التواصل يساعد العملاء علي التفاعل الرمزي مع الآخرين Symbolic Interaction فنظرية التفاعل الرمزي ذات صلة وثيقة بالعلاج الأسري عن طريق التواصل والتفاعل الرمزي منظور اجتماعي نفسي يري أن الناس يقومون بأفعالهم طبقاً لرموز العالم الخارجي الذي يتعاملون معه من خلال مخزون واسع من الرموز الذهنية التي طوروها من خلال تفسيراتهم للتفاعل بينهم وبين الآخرين علي وجه عام وفي المحيط الأسري علي وجه الخصوص باستخدام اللغة ، حيث توجد عوالم صغيرة يتعامل معها الانسان في دواخله ويجيزها ، قبل أن يمارس ذلك في الواقع العملي في التفاعل مع الآخرين ، فالشخص الذي يناجي نفسه في صمت أو بأصوات مهموسة إنما هو في حقيقة الأمر يمارس تمارين علي كيفية تواصله مع الآخرين فيما بعد أو أنه يسترجع بنفسه تفاعلات مضت ويخضعها للتقييم حتي لو كان ذلك في محيطه الأسري ، وعندما يخلو الإنسان إلي نفسه يخضع كل عالمه الخارجي ورموزه إلي سيطرته فالناس يخططون ويديرون سلوكياتهم من خلال تفاعلاتهم، ولذلك فإن لدي الناس القدرة علي تفسير عالمهم والتأثير فيه وفقاً لرغباتهم التي تحلل الواقع وتفهمه، وفهم العملاء في المحيط الأسري من قبل الأخصائي الاجتماعي وفقاً لما سبق يعني في الأساس أن اخصائي الخدمة الاجتماعية الأسرية ينطلق في العملية العلاجية من خلال التفاعل الرمزي من منطلق يختلف عن كثير من المنطلقات النظرية الأخرى التي تتعامل مع العميل وكأنه مريض أو عاجز وغير قادر علي التفاعل السوي مع الآخرين، فمنظور التفاعل الرمزي يؤكد أن معظم العملاء قادرين علي السيطرة علي مصيرهم بأنفسهم وفقاً لفهمهم وإداراتهم لأدوارهم في الحياة وتواصلهم اللغوي والرمزي مع الآخرين بالقدره علي التعبير عن انفسهم، وكما يقول Cheiklin فإن منظور التفاعل الرمزي يقدم بديلاً للأخصائيين الاجتماعيين بصيغة من الفهم النفسي الخالص للسلوك البشري فالتركيز علي التفاعلات والرموز، ربما كان أقل عبئاً من الناحية

العاطفية علي كل من العميل والاختصاصي من العلاقة المخلقة لممارسة الخدمة الاجتماعية التقليدية. (Turner:454-483)

ومهارات حل المشكلات : وتتعلق من المبادئ التالية :

١. المشكلة لا تحل نفسها بنفسها ولا يحلها مرور الزمن مالم تعالج أسبابها.
  ٢. التواصل الأسري ضروري لحل أي مشكلة من المشكلات .
  ٣. أن يكون عضو الأسرة قادراً علي التعبير عن نفسه وان يجد من يسمتع اليه.
  ٤. أن يركز أفراد الأسرة علي حل المشكلة حلاً جماعياً.
  ٥. أن يكون لدي أفراد الأسرة الرغبة والقدرة علي احداث تنازلات .
  ٦. ان يتبع الاختصاصي الاجتماعي الخطوات التالية لحل المشكلات الأسرية.
١. تهيئة مسرح النقاش (مقاعد للجلوس، عناقريب، كراسي، بروش، ضيافة)
  ٢. تحديد القضايا التي ستناقش.
  ٣. التفكير حول هذه القضايا بوضعها في شكل أسبقيات . ويتطلب هذا ما يعرف بتوقيع عقد مهني مع الأسرة ، وفي هذا العقد يتم الاتفاق علي ما هو متوقع من أفراد الأسرة ، وما هو متوقع من الاختصاصي الاجتماعي ، وان يلتزم به كل طرف من الاطراف ، وقد يتطلب ذلك التعاقد وضع استراتيجيات لدعم مهارات التواصل من خلال التدريب أو اعطاء نماذج لها أو القيام بما يعرف بتمثيل الدور، ويقصد به ان يقوم أفراد الأسرة بالاشتراك في تمثيلية تعكس بصورة حقيقية المشكلات التي يواجهونها وكيفية التعامل معها في الواقع العملي .





## الفصل العاشر

### المنظور الراديكالي لممارسة الخدمة الاجتماعية

خلال السبعينات من القرن العشرين لقي المنظور الراديكالي ( الثوري )  
لممارسة الخدمة الاجتماعية رواجاً في الولايات المتحدة الأمريكية وخاصة بين  
الأمريكيين السود من الاخصائيين الاجتماعيين ، وعلي الرغم من أن هذا  
المنظور لم يدم طويلاً إلا أن بعض مفاهيمه ظلت جزءاً لا يتجزأ من التفكير  
النظري في الخدمة الاجتماعية وخاصة البعد النقدي لممارسة الخدمة الاجتماعية  
ودورها ووظائفها، وفي إطار هذا المدخل الثوري توفرت أرض نظرية ملائمة  
لتطور أشكال معينة للخدمة الاجتماعية تتمثل في مفاهيم كالتمكن  
Empowerment والدفاع والتحرير Advocacy وإثارة وعي العملاء  
وترقيته consciousness وقد ميز Rojek (١٩٨٦) بين ثلاثة مداخل للمنظور  
الراديكالي في الخدمة الاجتماعية وهي :

- **الموقف التقدمي :** فالخدمة الاجتماعية تعتبر وسيلة لإحداث التغيير لأنها تلزم  
المجتمع البرجوازي الديمقراطي بإتاحة الفرصة لتمثيل الطبقة العاملة الجماعي  
والتوعية بضرورة إحداث التغيير وتوفير الرعاية الشاملة ومقاومة الخصخصة.
- **إعادة إنتاج النظام الرأسمالي :** الخدمة الاجتماعية وسيلة لإعادة إنتاج النظام  
الرأسمالي القائم علي استغلال وقهر الطبقة العاملة ، حيث أن معظم أو كل  
عملاء الخدمة الاجتماعية هم من الطبقة العاملة وعلي الرغم من ذلك فإن  
الخدمة الاجتماعية التقليدية تنأى بنفسها عن السياسة .
- **الموقف المتعارض :** حيث تشغل الخدمة الاجتماعية وضعا أو موقفا متناقضا  
في المجتمع، فالأخصائيون الاجتماعيون هم وكلاء النظام الرأسمالي من جهة  
وهم ضد هذا النظام غير العادل من جهة أخرى ، وأنهم أدوات للضبط  
الاجتماعي من جهة وأدوات لمناصرة الطبقة العاملة لتلعب دوراً أكثر إيجابية

في أحداث تغيرات من أجل إحداث المزيد من العدل والمساواة في المجتمع من جهة أخرى وللمنظور الراديكالي مجموعة من الانتقادات والمآخذ علي الخدمة الاجتماعية التقليدية تتمثل في ما يلي :

• الخدمة الاجتماعية التقليدية توجز المشكلات الاجتماعية وتقصصها علي المشكلات النفسية الفردية ، والخدمات المتاحة شحيحة ومواردها المالية محدودة ومتفرقة وتفقر إلي النظرة الكلية وتعزل العملاء الذين يعانون من المشكلات الاجتماعية عن بعضهم البعض وتحرمهم من تضافر جهودهم مع بعضهم البعض للتغلب علي هذه المشكلات.

• تقوي وتدعم النظام الاجتماعي القهري للرأسمالية ، كما تدعم المهنية علي حساب العملاء وللتغلب علي هذه الانتقادات فإن علي الخدمة الاجتماعية كما يري كل من Bailey, Brakre ان تتفهم ظروف المقهورين والمحرومين وأوضاعهم الاجتماعية في إطار البنية الاقتصادية التي يعيشون فيها وأن يعاد تغيير هذه البنية وتشكيلها حتي يمكن رفع الظلم عن هؤلاء المحرومين.(Shapiro, 1983;888-901) البعد المهني لهذا الاتجاه أو المدخل ظهر في الولايات المتحدة الامريكية في الستينات مع اشتداد وطأة الفقر والحروب الإقليمية واشتداد حركة الحقوق المدنية بين السود والملونين ، فقد انحاز مفكرو هذا المدخل امثال ( إيلنسكي Alinsky ) إلي الأقليات الثقافية والعرقية المحرومة والمضطهدة ، ويرى هؤلاء ان مشروعية ممارسة الخدمة الاجتماعية يجب ألا تكون مستمدة من الأجهزة الرسمية الحكومية فقط، ولكن لابد من أن تستمد هذه المشروعية من العملاء أنفسهم ، أو بمعنى أصح من الأقليات نفسها، لأن الأجهزة الرسمية القائمة غير متعاطفة مع هذه الاقليات، لأن أنماط الأقليات الثقافية واحتياجاتها تختلف عما تعارفت عليه الخدمة الاجتماعية من احتياجات مجتمع البيض ذي القوة والنفوذ . ولذلك فإن دور الخدمة الاجتماعية بين هذه الأقليات سيعتمد كثيرا علي مدي قوة حركتها السياسية ، ومدي الاستجابة لمثل هذه الحركات من مختلف الأجهزة .

الدعوة إلى تسييس الخدمة الاجتماعية لم تكن قاصرة علي المجتمع الأمريكي فحسب ، ولكن الدعوة إلى توطين الخدمة الاجتماعية في البلدان الأخرى ، قد صبغت بصبغة سياسية أيضا ، فقد رأت (Rosenman, 112,118) أنه لكي يتم توطين الخدمة الاجتماعية في أستراليا ، فإنه لابد من أن يتحول الاهتمام في مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية من التركيز علي التقنيات والأساليب إلى التركيز علي التحليل السياسي المجتمعي المرتبط باحتياجات المهاجرين الجدد من السكان واحتياجات سكان أستراليا الأصليين ، واحتياجات الخدمة الاجتماعية الريفية في المستوطنات الريفية المستحدثة ، مع إبراز دور الاتحادات والنقابات وعلاقات العمل في المناطق الحضرية والصناعية .

وفي بريطانيا ونتيجة لتوحيد خدمات الرعاية الاجتماعية تحت مظلة مصلحة حكومية واحدة ، فقد نشأت تنظيمات مطلبية تضم مختلف المهن علي مستوى المجالس المحلية ، وقد أصبحت هذه المجالس أكثر أهمية ، وأقوي من الروابط المهنية ، ويرى الراديكاليون من الاخصائيين البريطانيين أن التمسك بالمهنية ما هو إلا مظهر من مظاهر الصفوية في الخدمة الاجتماعية التي تعني في النهاية الوصاية علي العملاء (Federico, 1973:144-1445,33-55) وقد دفعت التنظيمات المطلبية الاخصائيين الاجتماعيين ، وخاصة الشباب منهم إلى المشاركة في الاحتجاجات والتظاهرات والاضرابات والاعتصامات المعارضة للسياسات الاجتماعية الحكومية (Parry: 45).

اما Nagpaul فقد ذهب في دراسة له عن تعليم الخدمة الاجتماعية في الهند إلى أن التعليم الذي يبني علي الفلسفة الامريكية ، يبدو أنه غير مناسب كلية في المجتمع الهندي (Rosenman:113-116). ويتساءل الراديكاليون عما إذا كانت الخدمة الاجتماعية تمر بأزمة حقيقة نتيجة لما يلي :

١. انكماش وفشل الجراة التي كانت تتمتع بها .
٢. فقدان الثقة وعقدة المهنية .
٣. تدهور المستويات المهنية .

٤ . التقنيات الخاطئة .

٥ . التعاطف السياسي غير الملائم .

٦ . استقطاعات وتخفيضات ميزانيات الرعاية الاجتماعية نتيجة الأزمات الاقتصادية سواء في البلدان الصناعية أو النامية وعولمة الاقتصاد الرأسمالي وخصخصة الخدمات الاجتماعية .

٧ . تعثر خلق قاعدة نظرية لإنطلاقة الخدمة الاجتماعية .

والانتقاد الرئيسي الذي يوجه إلي الخدمة الاجتماعية من الراديكاليين ، هو أنها أصبحت أداة من أدوات الضبط الاجتماعي، وأن الخدمة الاجتماعية تغلف دورها في الضبط الاجتماعي بدعاويها الإنسانية لأداء الوظائف الايديولوجية للرعاية الاجتماعية في الدولة الرأسمالية، كما يري هؤلاء أن الخدمة الاجتماعية تتخفي في اداء وظائفها في الضبط الاجتماعي وراء نظريات مهنية من أهم سماتها اختزال المشكلات الاجتماعية إلي المستوى الفردي (Clarke,1979:125-136).

كما يري بعض الدراسين ان التغيرات البنائية في ممارسة الخدمة الاجتماعية لم يكن لها انعكاسات علي المستوى النظري والأكاديمي ، لأن الأخصائيين اعتبروا التغيرات التي صاحبت الحرب العالمية الثانية والأزمات الاقتصادية وتجارب الخدمة الاجتماعية في البلدان الصناعية والنامية علي حد سواء ، تغيرات سطحية مؤقتة، وقد أوقع ذلك المهنة في عدد من المشكلات والتناقضات المهنية ، ومنها عدم القدرة علي التوفيق بين دورها في الضبط الاجتماعي ودورها في التغير الاجتماعي ، كما أخفقت الخدمة الاجتماعية في استيعاب التغيرات الإدارية والبنائية الناجمة عن الضغوط والصراعات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المحلية والاقليمية والدولية ، وأن الفقراء في الولايات المتحدة مثلا لم يستفيدوا من برامج الرعاية الاجتماعية ، والفقراء يمثلون أغلبية مهمة ومستثناة من اتخاذ القرارات وصياغة التشريعات الاجتماعية .



يضاف إلي ما سبق، أن الخدمة الاجتماعية قد وقعت بين تيارات عديدة تتجاذبها في اتجاهات متناقضة، تيار النموذج العلاجي النفسي القائم علي طريقة خدمة الفرد ، وتيار الخدمة الاجتماعية القائم علي تنمية المجتمع بوصفها طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية، وهذان التياران معا يعتبرهما الرايكاليون تيارين محافظين. ومن يدعون إلي التنمية الاجتماعية ، يفسرون هذا المفهوم تفسيراً خاصاً بهم ، بوصف ان هذا المفهوم مستمد من علم الاجتماع وليس من الخدمة الاجتماعية وحدها، ولذلك فإن علي الخدمة الاجتماعية التتموية أن تنأى بنفسها عن اساليب الخدمة الاجتماعية المحافظة ، وأن توجه أهتمامها لتحليل الظروف البنائية المجتمعية، سواء كان ذلك التحليل علي مستوي الأنساق المجتمعية أو الدولية ، وتحاول ان تخرج من مرحلة التحليل إلي مرحلة الفعل دون الالتزام المطلق بمبادئ وقيم ودعاوي الخدمة الاجتماعية النفسية كالمهنية والإنسانية (levy,1983:904-914) ومن هنا يري هؤلاء ضرورة التوفيق بين الخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع ، وأن يتحركا فوق مساحة واحدة من العمل المشترك ، فتكون الخدمة الاجتماعية مسؤولة عن تطوير تقنيات الممارسة ، بينما يساعد علم الاجتماع في وضع أو تأسيس نظرية للممارسة ، ومن الأمثلة علي ذلك المحاولة الجادة التي تبذل للقضاء علي مفهوم الفردية في الخدمة الاجتماعية ، أو ضرورة تجاوز الاصول الخيرية للرعاية الاجتماعية التي نشأت وتطورت في إطارها ممارسة الخدمة الاجتماعية ، ولكن الإدارة الحكومية ليس لديها الاستعداد لتغيير سياساتها لإنصاف المحرومين ، ولذلك لابد من أن ينحاز الأخصائي الي المحرومين ليحفزهم وليحثهم علي تغيير الأوضاع السائدة ليجعل منهم قوة ضاغطة من خلال تنظيم المجتمع (Terrel,1974,332-333) فالتطوع في مفهوم الراديكاليين ضروري ، ولكنه ينطلق من منطلقات أيديولوجية وسياسية أو فنية ومهنية مختلفة عن التطوع الذي ينبع من البر والإحسان ، والذي وُظف في الأساس لتحقيق الضبط الاجتماعي واحتواء أو استيعاب الطبقة العاملة في نظام دولة الرفاهية الاجتماعية ، ولذلك يري أصحاب هذا المدخل بأن الخدمة الاجتماعية بمفاهيمها التقليدية لا تتيح فرصة لحركة لا



للأخصائيين الاجتماعيين ولا للعملاء ، ولا فرصة فيها للخيال أو الابتكار أو الوجدان والاستنباط ، لأن ضوابطها ومبادئها وطرقها وإجراءاتها محددة تحديداً دقيقاً ، وغاية النجاح فيها أن يتمكن الأخصائي الاجتماعي من غرس عناصر الضبط الاجتماعي في العميل ، من خلال العلاقة القائمة بينهما ، وهي علاقة لا يملك فيها العميل أي سيطرة مباشرة أو غير مباشرة على موارد الخدمة الاجتماعية ، التي تقع كلها تحت سيطرة أجهزة الخدمة الاجتماعية ووحدها التي تعطي نفسها الحق في تدخل للسياسيين والتنفيذيين المحافظين ، وما لم تتحول الخدمة الاجتماعية إلى حركة اجتماعية ضاغطة فإنها لن تتأثر هذا الحق ، ولن تتحول إلى حركة اجتماعية مؤثرة ما لم تتجاوز مع غيرها من حركات الشباب أو الحركة النسائية والحركة العمالية : (Levy, 1983:904-914) .

أما في التنمية الاجتماعية التي يدعو لها الراديكاليون ، فإن الموارد تقع تحت سيطرة العميل مباشرة ، وهذا ما فشلت فيه الخدمة الاجتماعية حتى عندما حاولت التوسع في منطلقاتها النظرية وطرق ممارستها ، فقد توجهت توجهها خاطئاً باستعانتها بنظرية الأنساق ، فنظرية الأنساق كما يرى الراديكاليون نظرية محافظة أيضاً ، بل إنها أكثر محافظة من منطلقات الخدمة الاجتماعية التقليدية ، فنظرية الأنساق ، أو الوظيفية البنائية على وجه الخصوص تتكرر إمكانية الممارسة الخارجية لتغيير النظم الاجتماعية ، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن نظرية الأنساق ستلائم الخدمة الاجتماعية في أداء أدوارها في الضبط الاجتماعي ، وهذا ما سيزيد من رتابة وتكرار أفكارها ومعارفها ويزيد من قلق الأخصائيين الاجتماعيين لأنهم لن يستطيعوا التعامل مع المجردات ، ونظرية الأنساق نظرية بالغة التجريد والتعقيدات . (عجوبة ١٩٨٧م) .

لقد حاولت بعض مدارس الخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية تخريج أخصائيين اجتماعيين راديكاليين ، ولكن في الواقع العملي كان توظيفهم مشكلة لأنهم أصبحوا جزءاً من الصراع الاجتماعي ، ووظفوا خبراتهم كلها لخدمة العملاء ، ولكن صعب الجمع بين النظرية الاجتماعية السياسية والممارسة الاجتماعية السياسية ، لأن الجماهير قد لا تستجيب لهذا النوع من الممارسات

إستجابة فورية كان يتوقعها الراديكاليون ، بل ان تجارب بعض البلدان النامية أثبتت العكس ، حيث حاولت بعض النظم السياسية توظيف الأخصائيين الاجتماعيين توظيفاً سياسياً مباشراً ، فكان توظيفهم خدمة لمصالح الحاكمين قبل المحكومين ، وتجنباً لهذا لدور سعت المهنة جادة للابتعاد مرة أخرى عن تسييسها الذي أثر تأثيراً سلبياً على مكانتها في المجتمع واساليب ممارستها خاصة في البلدان غير المستقرة سياسياً .

هذا ويعتقد بعض الدراسيين (Turnerl, 1974:334) أن الاخصائي الاجتماعي المحرض يلعب بالضرورة دوراً تخريبياً ، ودوره مناقض لدور المؤسسة التي يعمل بها .



## الفصل الحادي عشر

### منظور تكامل طرق الخدمة الاجتماعية ومجالاتها

إن المحاولة الراهنة لتطوير نموذج متكامل جديد للممارسة الأساسية للخدمة الاجتماعية تتعرض لمقاومة وانتقادات متنوعة مصدرها أولئك الذين يريدون استرجاع الوضع التقليدي لتعليم الخدمة الاجتماعية وممارستها إلى ما كان عليه، وهناك أيضا محاولات عديدة لحل الخلافات من أجل بناء نظري متكامل لطرق الخدمة الاجتماعية ومجالات ممارستها.

إن بدايات الخدمة الاجتماعية كانت كلها ذات طابع يتعلق بالإحسان وفعل الخير والإصلاح الاجتماعي ، وانطلاقا من الحركات التطوعية في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين انبثقت الحاجة إلى تعليم الخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا فمن خلال جمعيات تنظيم الإحسان تطورت مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية التي تتعلق بخدمة الفرد ، بينما تطورت مناهج الخدمة الاجتماعية التي تتعلق بخدمة المجتمع من خلال حركة المحلات الاجتماعية (Schwartz 1977:207-219) .

في السنوات الأولى لتعليم الخدمة الاجتماعية كانت خدمة الفرد هي طريقة ممارسة الخدمة الاجتماعية سواء في البلدان الصناعية أولاً والبلدان النامية مؤخرا، أما السياسة الاجتماعية والإدارة الاجتماعية وتنظيم المجتمع، فقد كانت تدرس ولكنها كخلفيات أو مقررات مساعدة لممارسة الخدمة الاجتماعية أو مواد دراسية متخصصة لإداريي برامج خدمات الرعاية الاجتماعية كما كان يحدث لموظفي خدمات الرعاية الاجتماعية في المستعمرات البريطانية . ولذلك ظلت خدمة الفرد هي الحارس الوفي لمدارس الخدمة الاجتماعية ولقيمها المهنية ، كما أصبح لها مكانة متميزة في مناهج أو طرق ممارسة الخدمة الاجتماعية .

وفي الولايات المتحدة الأمريكية إنتشر تدريس طريقة خدمة الفرد نتيجة للتوسع في ممارسة هذه الطريقة من منطلق رعاية الأسرة والطفولة لتشمل العمل في المستشفيات والمحاكم والمدارس بناء علي تقرير مؤتمر مليفورد الذي عقد في سنة ١٩٢٩م، وقد ركز هذا المؤتمر علي المجالات التي تمارس فيها خدمة الفرد، ومن ثم أصبح التخصص في الخدمة الاجتماعية قائما علي طريقة خدمة الفرد ومجالات ممارستها في خدمات رعاية الأسرة والطفولة والخدمة الاجتماعية الطبية والخدمة الاجتماعية النفسية والخدمة الاجتماعية مع المدمنين والخدمة الاجتماعية المدرسية ، وقد ساد التخصص وفقا للمجال وتمثل طرق خدمة الفرد القاسم المشترك فيها ، ولكن بالتدريج توسعت المجالات مما اقتضي انبثاق طرق جديدة ومنها خدمة الجماعة وتنظيم المجتمع مما اقتضي إعطاء مزيد من الأهمية للطرق وتحديد العلاقة بينها وبين المجالات والأساليب وفقا لما يلي من مداخل نظرية:

#### أولا : مداخل التخصص في الطرق والمجالات : Specialization approach

في سنة ١٩٥٦م كتب Smalley تقريرا خاصا لمجلس تعليم الخدمة الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية يوصي فيه بأن تقدم مدارس الخدمة الاجتماعية تخصصات تركز لا علي مجالات الممارسة ، ولكن علي طرق الممارسة ، وأن هذه الطرق يجب أن تشمل خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع ، أما سياسة الرعاية الاجتماعية والإدارة الاجتماعية والنشاطات الأخرى ذات الصلة فإنها لا تعتبر طرقا من طرق الخدمة الاجتماعية ، ولكنها ، حسب وجهة نظر Smalley تتدرج في مرتبه ثانوية أو تعتبر طرقا مساندة أو مساعدة لعملية التخصص (Siporin, 1978:418-920, Meyer, 1976:22-23).

لقد كان الاتجاه نحو قصر التخصص وفقا للطرق اتجاها مضادا لما كان سائدا في الأربعينات والخمسينات، حيث كان لدي مدارس الخدمة الاجتماعية إتجاه قوي لإعداد الاختصاصيين الاجتماعيين وفقا لمجالات متخصصة في الممارسة كالخدمة الاجتماعية الطبية وغيرها من المجالات بالإضافة إلي تدريس طريقة خدمة الفرد التي كانت لها السيادة المطلقة علي الطرق الأخرى، ، كما كانت



توظف في جميع المجالات، لقد بذلت محاولات عديدة لإعادة وحدة طرق الخدمة الاجتماعية ومجالاتها بعدم التركيز علي طريقة واحدة أو مجال واحد، فالدراسات التي اصدرها كل من Goldstein و Pincus و Manhan في سنة ١٩٧٣م ودارسة Siporin في سنة ١٩٧٥م ، تمثل دفعة جديدة لها آثارها في تطوير نظرية ممارسة تجمع بين طرق الخدمة الاجتماعية مع تقسيم مجالات الممارسة إلي مجالين رئيسيين ، هما الأنساق الكبرى والأنساق الصغرى .

ففي إطار هذه النظرية الجديدة تطورت مفاهيم ومصطلحات محددة منها مفهوم الممارسة علي مستوي الأنساق المجتمعية الكبرى (macro level) ومفهوم الممارسة علي مستوي الأنساق المجتمعية الكبرى هي تلك الخدمات التي يستفيد العميل منها بوصفها عضوا في قطاع كبير من السكان علي مستوى الأحياء والمجتمعات المحلية، والذين يستفيدون من خدمات التخطيط والتنسيق بين المنظمات والأجهزة الرسمية وغير الرسمية التي تقدم الخدمات .

أما الأنساق المجتمعية الصغرى (Microlevel) فإنها تشمل أولئك الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الاجتماعية إستفادة فردية ومباشرة مثل الأسر والجماعات الأولية والمنظمات والمؤسسات ذات الخصائص المميزة التي يستفيد العملاء من خدماتها إستفادة فردية ومباشرة .

نتيجة لهذا الاتجاه الجديد الذي يركز علي مواطن المشكلات أكثر من تركيزه علي طرق الخدمة الاجتماعية ، فإن هناك بعض مدارس الخدمة الاجتماعية قد هجرت طرق الممارسة المتخصصة كأساس أو كقاعدة لتنظيم المناهج الدراسية ، وفضلت قواعد وأساساً أخرى لتطوير المناهج ، كالإهتمام بالمشكلات الاجتماعية، كما جربت مدارس أخرى منهج الممارسة التكاملية الذي ساهم (Siporin) في تطويره وفقاً لنظرية جديدة يشكل النسق المجتمعي الكبير إطارها العام (Meyer 1979:267-272)

ولذلك فإن الطرق التي كانت مستبعدة من مركز ممارسة الخدمة الاجتماعية في مراحل تطورها الأولى ، قد عادت لها أهمية قصوي متساوية مع غيرها من

الطرق التي كانت لها السيادة فيما سبق ، وقد حدث تطور في الطرق التي كانت مستبعدة وفي مجالاتها ، فعلى سبيل المثال أصبحت سياسة الرعاية الاجتماعية كطريقة تركز على البعد التاريخي ووصف الخدمات ، أما بالنسبة لتعليم الإدارة الاجتماعية كطريقة فإن الإهتمام أصبح منصبا على دراسة الأنساق المفتوحة التي تحرك المنظمة أو المؤسسة كنسق ذي علاقة مع الانساق البيئية الأخرى بدلا من التركيز على دراسة السلطة والضبط والبناء التنظيمي والعلاقات البنائية والتكنولوجيا داخل المؤسسة ، بالإضافة إلى ماسبق، فإن كل من Binstock و Morris قد وصفا عملية التخطيط الاجتماعي على أساس أنها طريقة من طرق الممارسة في الخدمة الاجتماعية وقد أكد ذلك كل من Gurin و Perlman .

وفي سنة ١٩٥٨م في امريكا قدم كل من Harriet Bartlett و Grodon تقريرا لرابطة الاخصائيين الاجتماعيين الامريكيين يقدمان فيه تحديدا عمليا لإطار ممارسة الخدمة الاجتماعية ، ويتكون هذا الإطار من عناصر تكاملية أساسية ، تتمثل في أغراض الخدمة الاجتماعية ، ومجالات الاخصائيين الاجتماعيين والتي تشمل العمل مع الأفراد والأسر والجماعات والمنظمات والمجتمعات وأجهزة الخدمات والمؤسسات، وفي بريطانيا أخذ بمبدأ التدريب المتكامل لأول مرة في جامعة لندن في مدرسة العلوم الاقتصادية ، حيث نادي الخريجون بضرورة البعد عن التخصص في الخدمة الاجتماعية في سنة ١٩٥٤م، وهذا المفهوم الجديد لممارسة الخدمة الاجتماعية ساندته الكوارث والأزمات الاجتماعية والاقتصادية خلال الستينات وأوائل السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية والمتمثلة في تأثير تطبيق الحقوق المدنية والأخذ بمبادئ العون الذاتي وبرامج محاربة الفقر وحركات السلم والتوسع في برامج خدمات الرعاية الاجتماعية ، مع رفض عمليات الحياة المؤسسية وتفضيل الرعاية الأسرية مهما ساءت على الرعاية المؤسسية مهما حسنت (Parry, pp: 39-45) .

وقد أدت هذه الأحداث إلى تطورات هائلة في مجال ممارسة الخدمة الاجتماعية التي اقتضت بدورها طرقا جديدة في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية وفي مجالات التعامل مع العملاء والممارسين والمنظمات والمجتمعات والخدمات

الرسمية والتطوعية ، وفي مجالات التعليم والعمل الاجتماعي والإدارة والتخطيط والبحث وبرامج التنمية الذاتية ، وبذلك فقد تحولت ممارسة الخدمة الاجتماعية إلي النقيض مما كانت عليه بالتوجه نحو خدمة قطاعات اجتماعية أكبر بدلا من التركيز علي خدمة الفرد ، مما أحدث صراعا بين الراديكاليين من دعاة تغيير المجتمع من الاخصائيين الاجتماعيين وبين المحافظين منهم الذين يركزون علي البرامج العلاجية .

إن الأخذ بمبدأ تكامل طرق الخدمة الاجتماعية والتوسع فيها قد أدى إلي تضخم وتدني مستويات المناهج الدارسية ، وليس أدل علي ذلك من أن كثيرا من الخريجين لم يستطيعوا اجتياز الامتحان الموحد لرابطة الاخصائيين الاجتماعيين الامريكية ، كما أن بعض الذين تم توظيفهم قد وظفوا في مؤسسات علاجية مما سبب لهم كثيرا من الإحباطات ، وكما يقول بعض الدارسين فإن التخلي عن النموذج القديم قد أدى إلي توحيد المهنة وتمزيقها في آن واحد (-Siporin, 418) فقد توحدت المناهج ولكن قلت قدرة الطلاب علي الاستيعاب مما إنعكس سلبا علي الممارسة ، وخاصة الممارسة مع الحالات العلاجية الفردية التي تقتضي إتقان مهارات محددة لاغني عنها .

هناك إقرار عام داخل المهنة بنسق المبادئ والقيم والمهارات المشتركة ، ولكن يأتي مصدر عدم الاتفاق حول ما هي المعارف التي يحتاج إليها الاخصائي الاجتماعي لممارسة المهنة ، فالذين يتخصصون في الخدمة الاجتماعية العلاجية من أعضاء هيئة التدريس يتمسكون بأهمية قصوي لنظرية السلوك ونظرية الشخصية ، كما أنهم يؤمنون بأهمية محدودة لطرق البحث وسياسة الرعاية الاجتماعية وبرامجها وبالنظرية الاجتماعية والإيكولوجية ، ولكنهم غير مقتنعين بمدى جدوي هذه التخصصات الأخيرة وأثرها علي الممارسة الواقعية .

يضاف إلي ما سبق أن أجهزة خدمات الأسرة قد اعترضت علي المفهوم التكاملي في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، لأن التكامل يعني أن يتوسع العاملون في هذه الأجهزة في معارفهم بدرجة لاجدوي منها في واقع الممارسة، كما رأي آخرون أن نظرية الأنساق الكبرى والصغرى نظرية بالغة التجريد، ويصعب

تطبيقها في الواقع، كما أنها تتناقص قضايا بعيدة عن مشكلات الناس الحقيقية، ونظرية الأنساق ترى أن النظام الاجتماعي قادر علي تصحيح أخطائه داخليا وبصورة تلقائية، وهذا يتنافي مع مفهوم التدخل المهني للخدمة الاجتماعية. إن الذين يذهبون إلي ضرورة إستخدام نظرية الأنساق يدافعون عنها ويردون علي الذين يعارضون إستخدامها ويتهمونهم بضيق الأفق وعدم الرغبة في توسيع معارفهم ومداركهم أو بالمحافظة علي مصالحهم الشخصية قبل المصالح المهنية ، حيث تتحاز كل جماعة علي الطريقة المتخصصة فيها ، ويعتبرونها المحور الرئيسي لممارسة الخدمة الاجتماعية مع إعطاء أهمية أقل للطرق الأخرى .

إن التركيز علي التخصص وفقا لطريقة واحدة أو وفقا لتكامل الطرق لم يؤد إلي إضعاف مساعي بعض علماء الخدمة الاجتماعية في أن يكون محور إعداد الاختصاصيين الاجتماعيين هو مجال الممارسة ، فقد انتقدت Bartlett نموذج الطرق لأنه يعتمد كثيرا علي النموذج الطبي في التشخيص والعلاج للخلل الفردي كما إعتد علي نظرية الشخصية في التحليل النفسي ، والتي من المفترض تطبيقها في العمل مع الأسرة والجماعات والمجتمعات والمؤسسات ، وكاستجابة لهذا النموذج ونتيجة لمؤثرات حركة الصحة النفسية ، فإن منظري طريقة خدمة الجماعة وطريقة تنظيم المجتمع قد اتبعوا أو سايروا نظرية خدمة الفرد في التحول إلي المناهج العلاجية الضيقة ورضوا بأدوار مهنية تابعة أو ثانوية .

وتضيف Bartlett بأن المناهج العلاجية التي أخذت بها مختلف الطرق تركز علي فنيات الخدمة الاجتماعية المستمدة من نظرية التحليل النفسي ، والتي غالبا ما يستخدمها اختصاصيو الأمراض النفسية، كما يستخدمها اختصاصيو الخدمة الاجتماعية النفسية الذين لا يفترض أن يقوموا بالعلاج النفسي أو العصبي ، وإنما يعتبر دورهم دورا مكملا للأطباء وقد أدت هذه التوجهات إلي ان يهمل الاختصاصيون الاجتماعيون أساليب العمل الاجتماعي وبرامج الإصلاح الاجتماعي والرعاية الاجتماعية ، وبرامج رعاية الفقراء، كما قادت التوجهات العلاجية أيضا إلي تضخم بيروقراطية مركزية ربما كانت ضارة . واهدرت كثيرا من الموارد في مختلف أجهزة الخدمات الاجتماعية (Gummer,1983:920-938).



وعلي كل حال فإن هناك خاصية من خصائص فترة الاصلاح الاجتماعي في الستينات في الولايات المتحدة الامريكية حيث اتسمت هذه الفترة بالتشيك في طرق الخدمة الاجتماعية الفردية المباشرة ومدى فاعليتها ، واصبحت تهمة عدم فاعلية خدمة الفرد لعبة محببة تكتسي بها المعارك السياسية في المجتمع الأمريكي، حيث تعرض الاخصائيون الاجتماعيون لشتي ضروب الهجوم عليهم وعلي ما يقدمونه من خدمات، ويذهب Siporin إلى أن المعركة سواء كانت من داخل المهنة وبين المهنيين أنفسهم أو من خارجها، فقد كانت تعكس الاهتمامات الخاصة والايديولوجية لكل فريق من المتخاصمين، والتي تتمثل في المعركة بين المتخصصين في الاستراتيجيات وبين المتخصصين في الخدمة الاجتماعية العلاجية، وبين معسكر جماعات الخدمات المباشرة العاملين بنموذج التحليل النفسي، وبين العاملين بنموذج العمل الاجتماعي، وقد كانت هناك دعوة لاقت نجاحا وهي الدعوة لتغيير النموذج الذي ينحو نحو العلاج الفردي إلى نموذج تعديل السلوك، والاتجاه السلوكي هدفه تعليم سلوك غير متعلم أو تعديله أو تقويته أو تصحيحه أو خفض معدلاته أو محوه، فالمشكلات ناجمة عن عوامل خارجية وليست داخلية .

إن التحول الرئيسي لنظرية الممارسة يتمثل في المحاولات التي بذلت لتطوير مفهوم موحد لممارسة الخدمة الاجتماعية ليشمل قاعدة مشتركة لطرق المهنة كلها، ولتتضمن قاعدة الممارسة مدي واسعا من المسؤوليات المشتركة والمناشط الوظيفية للاخصائيين الاجتماعيين ، وقد تمثلت هذه القاعدة المشتركة في نموذج خطوات حل المشكلات الذي محل النماذج التقليدية لخطوات الخدمة الاجتماعية المستمدة من الطب ، وهي الدارسة والتشخيص والعلاج أما النموذج الجديد فإنه يتكون من خطوات تتمثل في تقدير الموقف والتدخل المهني والتقويم (Schwartz, 1983:20-228) .

ويشتمل النموذج الجديد علي دراسة الشخصية وتفاعلها مع الموقف كأساس للتدخل أو الممارسة المهنية، ويرمي التدخل المهني إلى تحقيق التفاعل الإيجابي بين الناس وبين البيئة التي يعيشون فيها ، من خلال استخدام الموارد الداخلية



والخارجية من أجل تحقيق رفاهيتهم الاجتماعية الشخصية. إن الحاجة الماسة إلي إطار نظري شمولي قد قاد إلي تطبيق نظرية الأنساق الاجتماعية في الخمسينات، ثم فيما بعد إلي تطبيق نظرية الانساق العامة ونظرية الانساق الايكولوجية، والتي اقتضت استخدام منهج مستمد من فنيات وأدوار عدة طرق، أو مزيج من الطرق لتقدير نوعية التدخل المهني، وأن نموذج نظرية الانساق يقترح برامج شاملة ومكثفة لتغيير الشخصية والبيئة من خلال منهج حل المشكلات القائم علي الفرضيات التالية في الخدمة الاجتماعية كما حددها (Loewenberg 1977:14-19).

١. إن الظروف الإنسانية والاجتماعية تستجيب للتدخل المهني أو أنها تتطلب هذا التدخل ..

٢. إن المشكلات الاجتماعية قد تكون ناجمة من الإحباطات البيئية أو من عجز الفرد أو منهما معا.

٣. إن المشكلات ذات طبيعة ديناميكية معقدة ، ولا يوجد سبب واحد للمشكلة وإنما مجموعة من الأسباب المتداخلة .

٤. المحتوي أو الاطار المجتمعي من قيم وعادات وتقاليد وموارد والذي تمارس فيه الخدمة الاجتماعية يؤثر في تحديد المشكلة وفي وضع الأهداف وتطوير الاستراتيجيات وطرق التدخل المهني واساليه .

٥. التدخل المهني أو الممارسة المهنية موجهة في الأساس إلي المشكلات ذات الصلة بالخدمة الاجتماعية ، وهي المشكلات الناجمة عن التفاعل الخاطئ بين الأشخاص والبيئة . ووفقا لهذه الافتراضات فإن الخدمة الاجتماعية لا تمارس إلا عندما يكون هناك خلل في العلاقة القائمة بين الأفراد والبيئة أو فيما بين الأفراد أو داخل النفس البشرية، فالتدخل المهني وفقا لهذه الفرضيات ينطلق من مفهوم أن التدخل المهني يصف الأنشطة التي تستجيب لمشكلة محددة أو تستهدف الحلول دون تطويرها بناء علي طلب ومشاركة العميل نفسه أو مشاركة شخص ينوب عنه أو مع بعض الجماعات أو المؤسسات التي تتحمل مسؤولية الظروف المحيطة بالأفراد المهددين بالخطر.

ويعرف وليم غردون Gordon التدخل المهني بأنه لا يعني علي الإطلاق التطفل علي حياة الآخرين ، ولكنه يعني أنشطة مقننة وموجهة لأغراض وأهداف تحكمها أخلاقيات وقيم ومعارف وفنيات متفردة في مجموعها ومعتترف بها في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية .

مما سبق يمكن أن نستخلص أن التدخل المهني مصطلح شامل يتضمن فاعليات الخدمة الاجتماعية وممارساتها علي مستويات متعددة، فقد يصف العمل مع الأفراد (خدمة الفرد) أو العمل مع الجماعات (خدمة الجماعة) أو العمل مع الأسرة (الخدمة الاجتماعية الاسرية) أو مع الأحياء أو المجتمعات (تنظيم المجتمع وتنميته) كما قد يشمل العمل علي مستوى الأنساق المجتمعية الكبرى . (سياسة الرعاية الاجتماعية ، والتخطيط الاجتماعي والإدارة الاجتماعية) وتتميز هذه الطرق أو المستويات بأنها مرتبطة بنشأة طرق الخدمة الاجتماعية في المناطق الحضرية في البلدان الصناعية ، وكما ترتبط بتنمية المجتمع في البلدان النامية (كطريقة ومجال) فنظرية الأنساق قدمت علي أساس أنها تجيب علي تساؤلات عجز طرق الخدمة الاجتماعية في العمل للأقليات العرقية في المجتمع الأمريكي وهذه التساؤلات هي :

١. ما المشكلات النفسية والاجتماعية للأقليات ؟
  ٢. ما الآثار السلبية المرتبطة بالمفاهيم العرقية السائدة في المجتمع الأمريكي؟.
  ٣. ما أنواع الاضطهاد التي تمارس ضد هذه الأقليات ؟.
  ٤. ما الأهداف الجديدة الاجتماعية في العمل مع هذه الأقليات ؟.
- وهناك من الدارسين من ينتقد نظرية الأنساق ، ويرى أن هذه النظرية تخطط بين البيئة والأنساق ، وأنها تركز علي أوجه الشبه بين الأنساق وتهمل أوجه الخلاف وأنها تركز علي التوازن المستقر بين الأنساق وتهمل ما يلحق بهذه الأنساق من تغيرات ، وإن دعاويها للتغيير زائفة لأنها حقيقة نظرية محافظة تبقي الأوضاع علي ما هي عليه ( Leighninger, 1977:44-48 ) .

يتضح مما سبق أن هذه الطرق أسهمت في تطور الخدمة الاجتماعية ،  
فعلي سبيل المثال عندما كان المنهج الاصلاحى الاجتماعى سائدا في أوائل القرن  
العشرين كان التوجه الغالب نحو طرق الإدارة الاجتماعية والسياسة الاجتماعية  
وخاصة في بريطانيا، أما في أمريكا ، فقد اعتمدت الخدمة الاجتماعية علي علم  
النفس وركزت علي طريقة خدمة الفرد، ثم عاد الاهتمام مرة أخرى إلي منهج  
الإصلاح الاجتماعى في الثلاثينات واثاء الحرب العالمية الثانية ، وفي الستينات  
عادت الغلبة مرة أخرى للمناهج الاصلاحية فكانت السيادة أما للمنهج التكاملي أو  
الشمولي أو تنظيم المجتمع والسياسة الاجتماعية والإدارة الاجتماعية .

وحتى لا تتعرض الخدمة الاجتماعية لهذه التقلبات بين التوجهات الفردية  
والاصلاحية بتغير الظروف المجتمعية سواء في البلدان النامية أو الصناعية، فقد  
حاول بعض الدارسين وضع أهداف عامة للخدمة الاجتماعية بدلا من التركيز  
علي أهداف كل طريقة من الطرق علي حدة، كما ركز آخرون علي إيجاد تعريف  
مشترك لطرق الخدمة الاجتماعية ووظائفها ففي سنة ١٩٧٨ عرف كل من Baer  
وFederico الخدمة الاجتماعية علي أساس أنها المهنة التي تهتم بالتفاعلات بين  
الناس وبين المؤسسات في المجتمع، وهي المؤسسات التي تؤثر في مقدرات الناس  
ويكون التدخل المهني بهدف تمكين الناس من أداء وظائفهم الحياتية وفقا  
لمقتضيات قيمهم وتطلعاتهم . والخدمة الاجتماعية تعالج الأسباب الحقيقية  
للضغوط التي يعاني منها الناس وهناك ثلاثة اغراض أساسية للخدمة وهي :

١ . تنمية مقدرات الناس وتقويتها علي حل المشكلات والتوافق معها .  
٢ . تطوير عمليات فاعلة لمختلف الأنساق والأجهزة والنظم التي توفر الموارد  
والخدمات للناس .

٣ . إقامة صلة بين الناس والنظم التي تمدهم بالموارد والخدمات والفرص ، ولعل  
هذه الأهداف تتفق مع ما سبق أن توصلت إليه الرابطة الوطنية الأمريكية  
للاخصائيين الاجتماعيين من أهداف للخدمة الاجتماعية في سنة ١٩٥٨م وقد  
أوجزت الرابطة هذه الأهداف فيما يلي :

١. مساعدة الأفراد والجماعات لتحديد وحل أو التقليل من المشكلات الناجمة عن عدم التوافق فيما بينهم أو فيما بينهم وبين البيئة التي يعيشون فيها ( هدف علاجي ) .

٢. تحديد المجالات المحتملة لعدم التوازن أو عدم التوافق أو الخلل بين الأفراد والجماعات. أو بينهم وبين البيئة من أجل الوقاية من حدوث أي خلل أو عدم توازن ( هدف وقائي ) .

٣. الخدمة الاجتماعية تهدف إلى تطوير المقدرات القصوي للأفراد والجماعات والمجتمعات وتقويتها أو دعمها ( هدف تنموي ) Bartlett 1958:6 .

من هنا يتضح لنا حسب هذه التعريفات ، أن هدف الخدمة الاجتماعية لم يصبح قاصرا علي إحداث التكيف أو التوافق فحسب ، وإنما أصبح الهدف من التدخل المهني هو إحداث تغيرات سواء علي مستوي الفرد أو الجماعة أو المجتمع ، ولذلك أصبح ينظر إلي الاختصاصي الاجتماعي كمغير اجتماعي سواء في البلدان النامية أو الصناعية وبالنسبة لجميع الطرق، حيث حاول بعض الدارسين ان يتوسع في عدد الطرق كما توسعوا في مجالاتها ووظائفها كما أكدوا بأن جميع الطرق يمكن أن تؤدي الوظائف العلاجية والوقائية والتنموية (Zastro,1981:3-50)





## الفصل الثاني عشر

### منظور توطين تعليم الخدمة الاجتماعية وطرق ممارستها

#### Indigenous Social Work Approach

الحاجة إلى توطين الخدمة الاجتماعية ترجع إلى الحقبة الاستعمارية، فقد انبثقت الحاجة إلى تدريب موظفين في الخدمات الاجتماعية من المواطنين ، حيث كان الضباط المستعمرون العاملون في هذه الخدمات قلة وتعوقهم اللغة ، ولذلك استعانوا بمساعدين محليين غير مدربين، وبالتدريج أنشئت حلقات دراسية لهؤلاء المساعدين في الداخل والخارج وكانت كنوع من التدريب أثناء الخدمة .

ومن أمثلة التدريب في الخارج الحلقات الدراسية المتخصصة التي أنشئت في مدرسة العلوم الاقتصادية بجامعة لندن لتدريب موظفي خدمات الرعاية الاجتماعية في المستعمرات، ولم تكن هذه الحلقات على كل حال موجهة لكيفية عمل هؤلاء الموظفين في بلادهم ، ولكن ليتعرفوا على كيفية إدارة الخدمات الاجتماعية في بريطانيا .

وكان هذا النوع من التدريب تدريباً حرفياً مثل الذي يتلقاه الاختصاصيون الاجتماعيون البريطانيون الذين لم يكن تعليمهم يركز على النواحي النظرية . فالتركيز على الجوانب النظرية قد تطور أصلاً في الولايات المتحدة الأمريكية ، وبالتجربة الأمريكية تأثرت بلدان العالم الثالث سواء قبل الاستقلال أو من بعده لعدد من الأسباب، فقد تطورت القاعدة النظرية لتعليم الخدمة الاجتماعية على أسس مهنية في الولايات المتحدة وخاصة فيما يتعلق بنموذج شمولية طرق الممارسة وتكاملها الذي إعتبر أكثر ملاءمة لبلدان العالم الثالث من غيره من النماذج ، خاصة وأن النموذج الذي كان سائداً في الولايات المتحدة الأمريكية هو النموذج العلاجي المتخصص الذي يستمد من قيم مبادئ ليبرالية ومفاهيم اجتماعية نفسية (Hardiman 1982:241-248).

أقدم مدرسة للخدمة الاجتماعية في بلدان العالم الثالث أنشئت في شيلي في سنة ١٩٢٥م وبناء علي مبادرة أهلية خاصة، ومدة الدراسة فيها كانت سنتين، ولم ترتفع إلي أربع سنوات إلا في سنة ١٩٥٢م أما في آسيا فقد أنشئت أول مدرسة للخدمة الاجتماعية في الهند في سنة ١٩٣٦م وفي البلدان العربية في مصر في سنة ١٩٣٦م.

وبعد ذلك توالي إنشاء هذه المدارس وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية وذلك من خلال الجهود التي بذلتها الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة، فقد شجعت علي قيام تعليم جامعي في الخدمة الاجتماعية يقوم علي التدريب الأكاديمي للقائم علي النموذج الأمريكي المتميز مهنيًا. لقد أرسلت فرق من الخبراء من الأساتذة في الجامعات الأمريكية إلي البلدان النامية لإقامة مدارس للخدمة الاجتماعية، كما خصصت ميزانيات لتدريب أخصائيين اجتماعيين من البلدان النامية، كما مولت تدريب المعلمين من هذه البلدان مثل باكستان وأندونيسيا وإيران ومصر في الخمسينات والستينات عن طريق بعثات دراسية للجامعات الغربية وفي السودان كذلك .

لقد كانت هناك تطورات مشابهة في أفريقيا ، ولكن دور الأمم كان محدودا في افريقيا الفرنسية وأمريكا اللاتينية ، بينما المدارس التي ساعدت الأمم المتحدة في قيامها كانت علي صلة وثيقة ببريطانيا كما أن هناك مدارس أنشأتها جمعيات تطوعية كمدرسة دلهي للخدمة الاجتماعية، كما أن هناك بلدانا نامية ساعدت بلدانا نامية أخرى في قيام تعليم الخدمة الاجتماعية علي المستوي الجامعي، فقد ساعد أساتذة مصريون في إنشاء دراسات جامعية في الخدمة الاجتماعية في جامعات بلدان الخليج العربية .

لقد انبثقت الدعوة إلي التوطين أول ما انبثقت بين خبراء الأمم المتحدة العاملين في أمريكا اللاتينية مقترنة بنظرية التحرر من التبعية التي سادت أدبيات التنمية في السبعينات والثمانينات من القرن العشرين الميلادي.

ولكن في النهاية فإن كل هذه التجارب كانت متأثرة بالنموذج الأمريكي ، وقد كان ذلك نتيجة للمكانة الأكاديمية المرموقة لأساتذة الخدمة الاجتماعية، ولانتشار المؤلفات الأمريكية في الخدمة الاجتماعية ، كما تذهب Meyer إلى أن أساتذة الخدمة الاجتماعية يعلمون الطلاب في ضوء انحيازاتهم الثقافية واهتماماتهم الذاتية ، وليس أدل على ذلك من إصرار هؤلاء الأساتذة على المنهج العلاجي سواء في البلدان الصناعية أو في البلدان النامية، وعلى الرغم من الاختلافات الثقافية بين المجتمعات إلا أنه من الملاحظ أن البلدان النامية قد نقلت من المجتمعات الغربية الصناعية عامة ومن المجتمع الأمريكي بصفة خاصة مناهج الخدمة الاجتماعية وطرقها وأساليب ممارستها ، وقد كان مركز الاهتمام في مناهج دراسة الخدمة الاجتماعية هو النموذج الأمريكي العلاجي ، وقد عزل هذا النموذج الخدمة الاجتماعية عن قضايا أغلبية السكان في البلدان النامية ، ولم تتأثر البلدان النامية كثيرا بمناهج الخدمة الاجتماعية الإصلاحية سواء في بريطانيا أو في أمريكا نفسها ، ولذلك فإن المناهج الدارسية سواء في الهند أو في مصر بوصفها من أوائل البلدان التي أنشأت مؤسسات لتعليم الخدمة الاجتماعية، كانت تركز على المشكلات الفردية ، ومن أوائل الكتب التي ألفت في هذه البلدان كمقررات دراسية كانت الكتب المتخصصة في خدمة الفرد أيضا ، على الرغم من أن الخدمة الاجتماعية، نشأت في إطار ثقافي واجتماعي وسياسي واقتصادي يختلف عن ظروف البلدان النامية والتي طبقت فيها دون تعديل يذكر .

إن نشأة الخدمة الاجتماعية وتطور أساليب ممارستها ومجالاتها ، لم تكن متأثرة في الأساس بحركات اجتماعية قوية في هذه البلدان ، وإنما كانت تجارب تنقل أو يبشر بها بصورة فردية من قبل أساتذة أو خبراء أو موظفين حكوميين تنفيذيين متأثرين بدراساتهم أو بتجارب وقفوا عليها أو قرأوا عنها في البلدان الصناعية المتقدمة ، ومن ثم بدأت هذه البلدان تكتشف بأن النماذج العلاجية في الخدمة الاجتماعية لا تلائم جميع قضاياها ومشاكلها، فعلى سبيل المثال ذهبت A.Almazor إلى القول بأن نماذج الخدمة الاجتماعية الغربية غير ملائمة لمجتمع كالمجتمع الفلبيني ، فالأخصائيون الاجتماعيون الفلبينيون مدربون على

العلاج الفردي، وهذا غير ممكن التطبيق في المجتمع الفلبيني ، حيث أن الهوية الفردية غير معزولة عن روابط المجتمع والأقرباء ، ولذلك من الصعب الأخذ بمبدأ السرية في الوقت الذي تتوقع فيه الأسرة الممتدة أن تشارك في المشكلات الفردية كما أن مبدأ تقرير المصير لامكانه له لأن الفرد لا يقرر مصيره بمفرده ويؤمن بالقدرية إيماناً مطلقاً، كما أن بعض الناس قد لا يعبر عن مشاكله إعتداداً بالنفس ومحافظة علي كرامته وكرامة من يمتون له بصلة .

ايضا هناك مجتمعات لها قيم مختلفة لا تتقبل العميل كما هو كما طالبت بذلك مبادئ الخدمة الاجتماعية ، لأن الإنسان ليس حراً في نفسه، فالأم غير الشرعية في بلد إسلامي لا يمكن تقبلها كما هي الحال في المجتمعات الغربية مثلاً، هذا وقد أوضحت دراسات أجراها Midgley بأن النموذج الأمريكي أو الغربي يسيطر علي تعليم الخدمة الاجتماعية في كثير من مدارس الخدمة الاجتماعية في العالم الثالث، والذي صاحبه مبالغة في التأكيد علي العلوم الأكاديمية النظرية، كما هي في الغرب ومن ثم فإن خريجي الخدمة الاجتماعية لا يملكون مهارات علمية للعمل في بلادهم ويتعرفون علي الاجراءات الحكومية بعد تخرجهم (Hardiman:249).

وقد أشار (Khinduka) إلي تجاهل المهارات التنموية الملائمة التي تؤهل طلاب الخدمة الاجتماعية للعمل من أجل القضاء علي المشكلات الجماهيرية كالأمية والفقر في البلدان النامية، لأن الذي حدث أن هذه البلدان عندما أخذت بالمناهج التنموية أخذت بها دون أن يصحب الأخذ بها حوارات فكرية أو اجتماعية كالتي صاحبت نشأة الخدمة الاجتماعية وتطورها في المجتمعات الغربية فطرق الخدمة الاجتماعية ونظرياتها البريطانية والأمريكية التي طغت علي مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية في البلدان النامية قد أعاققت من إمكانية تطوير نظريات وأدبيات ممارسة خاصة بهذه البلدان .

لقد توالى الدعوة في البلدان النامية علي ضرورة الاهتمام بالقضايا والمشكلات المجتمعية بدلا من التركيز علي المشكلات الفردية، وبضرورة الاهتمام بقضايا الريف بدلا من إعطاء كل الاهتمام للمشكلات والقضايا



الحضرية، والأخذ بالنموذج التتموي في الخدمة الاجتماعية بدلا من النموذج العلاجي ، وقد لعبت الامم المتحدة دورا كبيرا في ترسيخ هذه التوجهات مع ما انتظم هذه البلدان من منظمات مهنية للخدمة الاجتماعية اتخذت من المؤتمرات المحلية والإقليمية والدولية منابر للدعوة لتوطين تعليم الخدمة الاجتماعية وممارستها ، إلا أنه حتي الآن لم تتبثق عن هذه الجهود منطلقات نظرية جديدة في الخدمة الاجتماعية يمكن أن تعزي إلي تجارب البلدان النامية ، حيث لا تزال الأسس النظرية ضاربة بجذورها في المجتمعات الغربية ، حتي أن الدعوة إلي توطين الخدمة الاجتماعية في البلدان النامية ، كانت نابعة أصلا من أساتذة وخبراء من البلدان الغربية نفسها ، وقد جاراهم في هذه الدعوة الأساتذة والخبراء من أبناء البلدان النامية ، الذين لا يزالون حذرين في الأخذ بالنماذج الإصلاحية في الخدمة الاجتماعية وخاصة النماذج المتطرفة منها كطريقة العمل الاجتماعي التي دعا لها بعض المتخصصين وطبقوها في ممارسة الخدمة الاجتماعية في امريكا ولاقت رواجا لها في امريكا اللاتينية ، وإن واجهت صعوبات في تضمينها في المناهج الدراسية أو تجارب الممارسة العملية ورغم ذلك فإنها تمثل نموذجا له صدهاء في أدبيات الخدمة الاجتماعية في البلدان الغربية ولا صدي لها يذكر في البلدان النامية ، لأن الظروف والنظم السياسية في معظمها لا تسمح بالأخذ بأساليب التحريض مثلا .

إن صيغ المناهج ونماذجها الامريكية قد طبقت في كثير من البلدان النامية (Rosenman ; 112-118) حيث أخذت مؤسسات تعليم الخدمة الاجتماعية بالمنهج التكاملي للطرق والمجالات سواء علي مستوى المعاهد المتوسطة أو العليا أو الكليات الجامعية ، بينما اختلفت تجارب البلدان فيما يتعلق بالدراسات العليا إما بالتخصص وفقا للطرق أو بالتخصص في المجالات أو بالتخصص في طريقة أو أكثر بالاضافة إلي مجال أو أكثر، بما يحقق قدرا من التكامل بين الطرق والمجالات حتي علي مستوى الدراسات العليا، وعلي الرغم من ثراء الدراسات العليا وبحوثها ، إلا أنها ظلت رياضة أكاديمية ذهنية لأعضاء هيئة التدريس وطلابهم ولم تؤثر في واقع الممارسة .



هذا وإن كانت هناك آراء تذهب إلى أنه لا ضرورة لتوطين الخدمة الاجتماعية إذا أرادت أن تحافظ على مهنتها ، فالطبيعة البشرية طبيعة واحدة سواء في البلدان الصناعية أو البلدان النامية ، فالخدمة الاجتماعية شأنها شأن المهن الأخرى يجب أن تتجاوز الحدود الثقافية والجغرافية والزمانية في معارفها وقيمها ومبادئها ونظرياتها وأساليب ممارستها، ويصبح الاختلاف الوحيد للخدمة الاجتماعية من بلد إلى بلد هو مدي مرونتها في الاستجابة إلى احتياجات هذا البلد أو ذاك دون أن تصل هذه المرونة بالخدمة الاجتماعية إلى فقدان هويتها وقاعدتها المعرفية والمهنية الأساسية.

ولذلك يحذر بعض الدارسين من الاندفاع غير المتروكي نحو التوطين أو التأصيل، وخاصة إذا كانت هذه الدعوة نابعة من نعرات دينية وثقافية أو اقليمية متعصبة، فالخدمة الاجتماعية تتضمن قيما انسانية عالمية، يمكن تطبيقها في كل المجتمعات البشرية (Hardiman 1982:241-250) ولذلك يذهب بعض الدارسين إلى أن القصور في ممارسة الخدمة الاجتماعية في بلدان العالم الثالث لا يعزي إلى تعليم الخدمة الاجتماعية ، ولكن يعزي إلى النقص في الموارد والمواصلات والمعدات والأبنية وقلة الموظفين وأعباء العمل، حيث من المفترض أن يخدم الاختصاصي الاجتماعي مناطق متسعة وفوق طاقة الاختصاصيين الاجتماعيين، بالإضافة إلى ظروف أخرى غير ملائمة لهم كانهدام الترقيات وعدم تقدير المهنة من قبل أطراف عدة لا تري جدوي من العمل الاجتماعي، وتعتبره مجرد نشاط فائض وثنائي وتطوعي على الرغم من أن الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة قد اعترفت بالخدمة الاجتماعية كمهنة منذ سنة ١٩٥١م.

إن كثيرا من الدارسين يحاولون الرد على هذه التحفظات، ويذهبون إلى أن الخدمة الاجتماعية مهنة ذات طبيعة خاصة، لأنها تتعامل مع النظم الاجتماعية والثقافية، وبما أن النظم والثقافات تختلف من بلد إلى بلد فإنه بالضرورة أن تختلف نماذج الخدمة الاجتماعية سواء في مستوى تعليمها أو مستوى ممارستها ، وحتى داخل البلد الواحد فإن نماذج الخدمة الاجتماعية لا يمكن أن تستقر على نمط واحد ، وإنما تتغير أنماطها وفقا لتغير الظروف المحيطة بها .

لقد تواصل النقد للبرامج العلاجية وكننتيجة لنقد هذه البرامج التي كانت تقدمها بلدان العالم الثالث والامم المتحدة انبثقت الدعوة إلى تكامل طرق الخدمة الاجتماعية في البلدان النامية، ومن مفهوم التكامل انبثق المفهوم العريض للتنمية الاجتماعية ، وقد أوصي المؤتمر العالمي لوزراء الشؤون الاجتماعية الذي عقد بمقر الامم المتحدة في سنة ١٩٦٩م بضرورة توطين مناهج الخدمة الاجتماعية وقد أوصي بتخفيف الاهتمام بالعلوم الأخرى (Hardiman: 253-257) وعلي كل حال ، فليس القصد مما سبق الذهاب إلى أن إستجلاب النظريات والأفكار من بلدان أخرى سيؤدي إلى نتائج سلبية في كل الأحوال ، ولكن القصد هو ان تجاهل الاختلاف بين البلدان سيؤدي إلى تجاهل قضايا هامة .

هذا ويمكن أن نوجز المعركة المحتدمة في اطار الخدمة الاجتماعية ، بأنها معركة بين نموذجين تعددت مسمياتها، نموذج يركز علي تنمية الطرق والمهارات والأساليب وفي هذا النموذج يبذل أساتذة الخدمة الاجتماعية جهودا مكثفة لتكامل الطرق كما بذلوا جهداً لتصنيف المهارات الضرورية الأساسية وتحديدها ، وبمعني آخر كما يقول Leighninger قد أعطوا أهمية لشمولية طرق الخدمة الاجتماعية أكثر من التركيز علي خدمة الفرد وحدها (leighninger,1980;7-8)

أما النموذج الثاني والذي يتضمن مدخل المطالبة بتوطين الخدمة الاجتماعية أو تأصيلها في البلدان النامية، فإنه يركز علي تطوير الإطار المعرفي للخدمة الاجتماعية، ولذلك يهتم بنظريات الأنساق الكبرى والصغرى وتحليلها وتفسيرها والعوامل المؤدية إلى تغييرها وعلاقتها ببعضها ببعض .

إن الدعوة إلى التوطين لم تتبلور حتي الآن في اتخاذ خطوات عملية لتنفيذها سواء بالنسبة لا ابتكار صيغ جديدة لاعداد الاخصائيين الاجتماعيين سواء علي المستوي النظري أو العملي أو الاستفادة من الأساليب التقليدية الممارسة في البلدان النامية لمساعدة الآخرين، أو تكوين إطار قيمي مختلف لممارسة الخدمة الاجتماعية ، أو تكوين قاعدة عملية متمشية مع أهداف دعاة التأصيل أو التوطين،

كما أنهم لم يبتكروا مهارات مختلفة تسهل الممارسة وإنما ركنوا في معظم الأحوال إلى أكثر الأساليب تقليدية ومحافظة، كما أنه لم يحدث تطوير ذو بال بالنسبة لمجالات ممارسة خاصة بالبلدان النامية .

## قائمة المراجع

### أولاً: مراجع عربية :

١. عجوبة ، مختار ابراهيم ، تجسير الفجوة بين الممارسين والمنظرين ، مجلة كلية الآداب ، الرياض - جامعة الملك سعود ، ١٩٨٧ م .
٢. غيث ، عاطف محمد ١٩٧٩م قاموس علم الاجتماع - القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .
٣. مختار.ع. المنظور الاسلامي للخدمة الاجتماعية ، مجلة الخدمة الاجتماعية : الكويت ، وزارة التربية والتعليم .
٤. ماجد ، ع ١٩٧٢ ، تاريخ الحضارة الاسلامية في القرن الوسطي ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
٥. يونس ، ف ، ١٩٨١م ، الاتجاهات الجديدة في الخدمة الاجتماعية ، المجلة العربية للعلوم الانسانية ، ٤ ( خريف : ٧٢-٧٤ )
٦. ١٩٧٠ الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي : القاهرة عالم الكتب
٧. ١٩٨٣م ، استراتيجيات العمل الاجتماعي في الوطن العربي ، مجلة شؤون عربية ٢٦ ( ابريل ) ١٩٨٣م تونس ، جامعة الدول العربية

- Anderson,M. 1978 Welfare,Stanford,Stanford University Press.
- Austin, 1983 "The Flexner Myth and the History of Social Work, Chicago: The University of Chicago.
- Barker R. 1987 The Social Dictionary, Mary Land, National Association of Social Workers.
- Bartlett,H. 1970 The Common Base of Social Work Practice, Washing ton, National Association of Social Workers.

---

1958 Toward Clarification and Improvement of Social Work

Practice ,in, journal for Social Work, Vol. 3. No.2.

-Benton,W. 1975 The New Encyclopedia Britannica, London, Wilicarn Bouton, Vol. 19.

-Bisxno,H. 1980 "A Theoratical Framewok For Teaching Social Work Methods and Skills" pp. 9-14 in journal of Education for Social Work, No.5.

-Brieland, D. 1983 "Children's Rights"pp. 939-955,m,edit- Rosenblatt, and other, Handbook of Clinincal Social Work, Wa -shington Jessey Press.

-Brigham,T. 1982 Social Work Education Patterns in Five Developing Countries, Relavances of U.s. Micro Systems Model, in Journal of Education for Social Work, Vol.15,



No. 2.

- Clarke, J. 1979 "Critical Sociology and Radical Social Work" pp. 126-136. in Social Welfare and The State, ed. Noel Parry et al, London" Edward Arnold.
  - Compton, B. 1983 "The Traditional Fields of Practice", in, edit, Rosenblatt, Dinitto, Diana M. and Others Social Welfare Politics. New Jersey: Prentice-Hall. 1983
  - Encyclopedie of social work (2002) 19<sup>th</sup> edition, NASW press.
  - Feldstein, D. 1978 "Do we need Professionalism in our Society" pp. 35-44, in edit Tripodi et al, Social Workers at Work, LuionoiS, ITASCA.
  - Federico, R. 1973 The Social Welfare Institutions, Toronto, D.C. Heath and Company.
  - Fink, A. and Winston. 1980 The Field of Social Work, New York, 7th e
  - Friedman, K. 1981 Legitimation of Social Right, and the Western Welfare State. North Carolina, North Carolina Press.
  - Forder, A. 1974 Concepts of Social Administration, London: Routledge and Kegan Paul.
  - Gordon, W. 1983 "Development of Areas of Specialization" pp. 975-982 in edit. Rosenblatt.
  - Greenwood, E. 1978 attributes of A Profession, pp. 6-19. in, Tripodi. Social Workers at Work.
  - Gummer, B. 1983 "Consumerism and Clients Rights" pp. 920-938, in edit. Rosenblatt.
  - Hardiman, M. and Others. 1982 The Social Dimensions of Development, London, John Wiley.
  - Higgins, I. 1981 States of Welfare, Oxford: Basil Blackwell and Martin Robertson.
  - Jones, C. 1979 "Social Work Education 1900-1977" pp. 73-84, in, Social, Work, Welfare and the State..
  - King, A.  
The Political Consequences of the Welfare State, pp. 7-43, In,  
E. Spiro, ed. Evaluating the Welfare State, Academic Press.
  - Leighninger, R. 1980 "The Generalist-Specialist Debate In Social Work, Chicago, Social Services Review. Vol. 54. No. 1.
- 
- 1977 "Systems Theory and Social Work" Journal of Education For Social Work, Vol. 13. No. 3.
  - Lemmon, J 1983 "Legal Issues and the Ethical Codes" in edit-Rosenblatt, et al.
  - Levy, C. 1983 "Client Self-Determination", et-al Rosenblatt.



- Lloyd, O. 1983 "Values and Dilemmas in Professional Education" in, Rosenblatt et al. Lowenberg, F. 1977 Fundamentals of Social Intervention, New York, Columbia University Press.
- Madison, B. 1974 "The Welfare State, some Unanswered Questions For The 1970's" Welfare pp. 158-178, In, P.E. Weinberger(ed) prospective on Social Work: New York: Macmillan.
- Martin, Davies (editor) 2002 Companion to social work, London, Blackwell
- Marsh, D. 2nd edit. 1980 The Welfare State, London, Longman.
- Marshall, J. 1981 The Right to Welfare, London; Heinman.
- May, M. 1979 "Violence in The Family: A Historical Perspective" pp. 135-167, In, edit, Martin, Violence and Family. New York, John Wiley and Sons.
- Meyer, C. 1978  
"The Effect of Social Work Professionalization on Man power , in, edit, Tripodi, et al, Social Workers at work, Illinois, ITACA.
- Mayer, Corol ti, 1979 what directions for direct practice, Nasw. Nigel, parton (editor )
- 
- 1996 social theory, social change and social work, London, routledge.
- Meyer, C. 1976 Social Work Practice, New York: Free Press.
- 
- 1979 What Directions For Direct Practice In Social Work, In, Social Work Journal. 24.No.4.
- Morales, M. 1981 'Social Work With Third World People' Journal of the National Association of Social Workers, 26. No.1.
- O'Higgins, M. 1983 Issues of Redistribution in State Welfare , in Social Policy and Social Welfare, edit, Martin Loney, England, Open University.
- Parry, N. and Parry, 1978 "Social Work Professionalism and The State" in Social Work, Welfare and The State edit.. London:Edward Arnold.
- Popple, P 1983 "The Context of Practice" edit. Rosenblatt.
- Payne, M 1991 Modern Social Work Theory, London, M
- Kogers, B. 1979 The Study of Social Policy, London: George Allen and Unwin.
- Rosenblatt, A. and Waldfogel, D. edit. 1983 Handbook of Clinical Social Work, Washington, Jessey Press.
- Rosenman, L. 1980 Social Work Education in Australia, The Impact of the American Model, in, Journal of Education For Social Work, Vol. 16, No. 7. U.S.A. Council for Social Work Education.
- Schwartz, E. 1977 "Macro Social Work: "A Practice of Some Theory" in, Social Services Review, University of Chicago.
- Shalev, M. 1983 Class Politics and The Western State, pp.27-47, In, E. Spiro, (ed).
- Shapiro, J. 1983 Commitment to Clients' edit. Rosenblatt. pp. 888-901, In, Ed. Rosenblatt.

Sills, L. David, ed:

---

- 1968 International Encyclopedia of The Social Sciences, Vol. 16. pp. 512-521. The MacMillan Company and Free Press.

- Siporin, M. 1978 "Practice Theory and Vested Interest" in, pp. 418-430, In, Social Services Review,, Chicago, Vol. 52. No, 3.

- Spiro, E. Edit. 1983 Evaluating of the Welfare State London: Academic Press. Strumpel, B.

---

- 1983 "Social Policy Evaluation and Psychology of Stagnation" pp.75-78, In, E. Spiro (ed) Evaluating the Welfare State, London: Academic Press.

- Tripido and Others, edit, 2nd, edit. 1978 Social Workers at work, Illinois ITASCA.

- Townsend 1983 Theory of Poverty and the Role of Social Policy. In, edit:

Loney "Social Policy and Social Work, treatment

Turner, Francis, 1986 Social Work Oxford, the free press .

Unworth, C. "The Balance of Medicine, Law and Social Work. In,

- 1979 Mental Health and Legislation, in Social Work, care and The State: Ibid.

- U.N 1988 Economic and Social Implications of Population Aging, New York, 1988.

- Water, L. and Rein, M.

1983 "The Growing Complexity of Economic Claims in Welfare Societies, pp. 111-149, in Spiro (ed) Evaluating the Welfare State, London, Academic Press.

'Walker, A.

1983 Social Policy, Social Administration and The Social Condition of Welfare, in, edit Martin Loney.

- Weale, A.

1983 Issues of Values and Principle in Social Policy, In, edit, - Martin Loney et al Open University Press England.

- Wilansky, H. and Leabeaux, N.

1974 Conceptions of Social Welfare ,pp. 23-24. in, p. Weinberger.

- Zastrow. C.

1981 The Practice of Social Work, Illinois, The Dorsey Press.

- Zastrow, Charles 1993 Social Work with Groups, Chicago, Nelson press

بسم الله الرحمن الرحيم

## الجزء الثاني

# أخلاقيات مهنة الخدمة الاجتماعية



## محتويات الجزء الثاني

الصفحة	الموضوع
١٣١	تقديم
١٣٣	الفصل الأول : الجذور التاريخية لمفهوم المهنة في الخدمة الاجتماعية
١٥٩	الفصل الثاني : مبادئ الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها
١٧٥	الفصل الثالث : مآزق الخدمة الاجتماعية مع المعاقين عقليا
١٨٧	الفصل الرابع : أخلاقيات ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية في مجال الرعاية الصحية
١٩٣	الفصل الخامس : الإشكاليات الأخلاقية وممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال العنف الأسري
٢٠٣	الفصل السادس : العنف ضد المرأة
٢١٥	الفصل السابع : مآزق الحماية من العنف ضد المرأة وأثاره
٢٣٤	خاتمة الكتاب
٢٣٥	قائمة المراجع





## مقدمة

لا أود فى هذا التقديم أن أتعرض لكل ما ورد فى هذا الكتاب من المحتويات ، ولكنه يمثل محاولة جادة قد تكون الأولى فى الكتابة عن أخلاقيات مهنة الخدمة الاجتماعية . ومن ثم كان لابد من التعرض إلى الجذور التاريخية التى أدت إلى الإهتمام بمهنية الخدمة الاجتماعية وأثرت فى تطورها كإحدى مهن المساعدة الإنسانية الأكثر إنتشاراً فى عالمنا المعاصر وخاصة فى البلدان الغربية على وجه العموم وفى الولايات المتحدة الأمريكية على وجه الخصوص ، حيث تمثل الخدمة الاجتماعية واحدة من أهم ثلاث مهن تأتى فى الصدارة من حيث الأهمية والجدوى فى مناقشة قضايا المجتمعات المعاصرة ومعالجتها ، وبما أن هذه القضايا قضايا شائكة ومعقدة وبالغة الخصوصية فإن العمل فى مجالاتها يتطلب قدراً كبيراً من الانضباط فى تعريفاتها ووضع الحلول لها من قبل الإخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون فى مجال رعاية المعاقين والمرضى بأمراض قد تكون موصومة من قبل المجتمع كمرض نقص المناعة المكتسب وقضايا صحية أخرى ومواقف مجتمعية تتطلب تدخلاً مهنيًا جريئاً من قبل الخدمة الاجتماعية كالعنف الأسرى ضد الأطفال والنساء على حد سواء .

والكتاب بهذا المنحى يعتبر دليلاً مرشداً للإخصائيين الاجتماعيين من جهة ولعامة الناس فى كيفية التغلب على هذا المآزق والمشكلات، من جهة أخرى فقد يتطلب الأمر ألا يمارس الخدمة الاجتماعية إلا شخص مؤهل ومرخص له بمزاولةها وفقاً لضوابط وقيم ومبادئ وأخلاقيات ومواثيق معترف بها.



## الفصل الأول

### الجذور التاريخية لمفهوم المهنة في الخدمة الاجتماعية

#### مقدمة:

يبدو أننا - في الوطن العربي - قد أخذنا مفهوم المهنة في الخدمة الاجتماعية كمسلمة من المسلمات العلمية المستوردة دون أن نخضعها للبحث في واقعنا العربي للتعرف عما إذا كان مفهوم المهنة مفهوماً ينطبق على ممارسة الخدمة الاجتماعية وتعليمها. إن من ينظر إلى نظم الرعاية الاجتماعية ولوائحها وقوانينها وبرامجها ونظم تعليم الخدمة الاجتماعية ومستوياته يتضح له منذ الوهلة الأولى مدى عمق وحجم التجارب التي نُقلت نقلاً حرفياً عن البلدان الغربية، مهما حاولنا تخفيف تلك التجارب بالأصالة أو على أساس أنها نابعة من التراث . إن هذه التجارب في نهاية المطاف ضاربة بجذورها في تاريخ المجتمعات الأوروبية والمجتمع الأمريكي، فقد جاءت برامج الرعاية الاجتماعية وتعليم الخدمة الاجتماعية تنويعاً لنضال خاضته الشعوب الأوروبية من أجل الوصول إلى دولة الرعاية الاجتماعية، بينما نجد أن برامج الرعاية الاجتماعية تتفاوت بين محورين في عالمنا العربي: إما أنها نتيجة نضال مرير لقطاعات محرومة من الشعوب العربية في كل بلد من البلدان في بعض التجارب، وإما أنها جاءت مكرمة من قبل الحكام وخاصة في بلدان الوفرة الاقتصادية. فالرعاية الاجتماعية في أوروبا وأمريكا هي حق مكتسب للفئات والطبقات المحرومة بينما يتفاوت وضعها في الوطن العربي بين كونها مكتسبة وكونها مكرمة وتفضل من قبل الحاكم . وفي كلتا الحالتين نجد ظل التجارب الأوروبية والأمريكية المنقولة يمتد ليشمل تجارب الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية منذ نشأتها في الوطن العربي بعد الحرب العالمية الأولى .

لقد ارتبط تطور الخدمة الاجتماعية بتطور الرعاية ، فالرعاية الاجتماعية هي المجال أو الأم التي تربت في أحضانها ممارسات الخدمة الاجتماعية ولذلك فقد توجد رعاية اجتماعية بلا خدمة اجتماعية، ولكن من المؤكد أنه لا توجد خدمة اجتماعية بلا رعاية اجتماعية ، فوجود الرعاية الاجتماعية سابق لوجود الخدمة الاجتماعية في كل التجارب العالمية .

تيسيراً للبحث سيتم تناول هذا الفصل وفقاً لعدد من المحاور التي تطورت من خلالها الخدمة الاجتماعية، وتتمثل هذه المحاور في :

١. الجذور الدينية للخدمة الاجتماعية .
٢. الجهود العلمية من أجل تطور الخدمة الاجتماعية .
٣. دور المرأة في تطوير الخدمة الاجتماعية.
٤. الجذور الأكاديمية والتعليمية للخدمة الاجتماعية.
٥. الجذور التوظيفية للخدمة الاجتماعية.
٦. الجذور التاريخية لعلاقة الخدمة بالمفهوم المهني وبغيرها من العلوم والمهن الأخرى.
٧. الجذور التنظيمية المهنية للخدمة الاجتماعية.

### **أولاً: الجذور الدينية لمفهوم الممارسة المهنية:**

لقد تأثرت تجارب ممارسة الخدمة الاجتماعية الباكرة في الوطن العربي بما نقله المستعمرون من مفاهيم أوروبية للعمل التطوعي وتنظيم عمليات البر والإحسان. ولذلك كان معظم المبادرين إلى إقامة جمعيات تطوعية أو دور إيوائية للرعاية الاجتماعية على أسس تطوعية ، كان معظمهم إما من المستعمرين أنفسهم أو من المثقفين العرب الذين تأثروا بالتعليم الحديث أو من الذين تأثروا بنمط الحياة الأوروبية من الموسرين في الوطن العربي سواء كانوا ينتمون إلى هذا الوطن أو ارتبطت مصالحهم به. وقد لعبت البعثات التبشيرية أو شبه التبشيرية المسيحية دوراً في المبادرة بإنشاء بعض برامج الرعاية الاجتماعية



الإيوائية ، ولذلك فإن الأثر الديني المسيحي كان واضحاً من البداية في هذه البرامج في بعض البلدان .

وقد كان على الدارسين في الخدمة الاجتماعية أن يحددوا بدقة في ضوء التجارب التاريخية للمجتمعات الإسلامية ما هي الفئات المستحقة والمستفيدة بالفعل من خدمات الرعاية الاجتماعية؟ وما هي الظروف التي كانت تعيشها هذه الفئات في ضوء التركيبة الاجتماعية والسكانية؟ وما هي استحقاقاتها؟ وما هي شروط هذه الاستحقاقات ؟ وما مدى الاتفاق والاختلاف بين الممارسات الفعلية والتعاليم الدينية الإسلامية؟ ومن أين تستمد هذه الخدمات تمويلها؟ ومن هم القائمون عليها؟ وكيف كانوا يمارسون توزيع هذه الخدمات؟ وكل ذلك كان يجب أن يكون بدراسة تاريخ الأمة العربية قبل القرن التاسع عشر.

بالإضافة إلى ما سبق من تساؤلات والتي تناولها بعض الدارسين تناولاً طفيفاً، فإنه كان لابد من الاهتمام بالممارسات غير المبرمجة والأولية في مجال الخدمة الاجتماعية، وذلك بتحديد من كان يشرف على خدمات الرعاية الاجتماعية، وكيف كانت تنظم، ومن كان يوظف فيها، وكيف كان أداؤه ، وهل كان هؤلاء الموظفون يتلقون تدريباً نظرياً أو عملياً في مختلف العصور الإسلامية وقبل التأثير بالخدمة الاجتماعية الغربية، وهل كان أداؤهم لوظائفهم مرتبطاً بخلفية أخلاقية أو دينية تحكم سلوكهم وممارساتهم؟ وما هي حركات الإصلاح الاجتماعي التي قامت في الوطن العربي قبل القرن التاسع عشر الميلادي، وإلى أي مدى كانت هناك استجابة لهذه الحركات من قبل الدولة الحاكمة ، وما هي العوامل التي أدت إلى نجاح الجهود الإصلاحية أو إخفاقها - إن وجدت- وهل توجد هناك صلة تاريخية متصلة بين تجاربنا القديمة والتجارب الحديثة في مجالات الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية؟ وما هو الدور الذي لعبته الجامعات والمؤسسات التعليمية الإسلامية العريقة في تقديم برنامج الرعاية الاجتماعية وتعليم الخدمة الاجتماعية ، وهل تبلور أي نوع من العمل التطوعي لمساعدة المحرومين والمعوزين داخل هذه المؤسسات؟ وما إذا كانت نشأة برامج وتعليم الخدمة الاجتماعية في بلداننا العربية مستمدة من التراث الأوروبي

والأمريكي أكثر منه من التراث العربي الإسلامي؟ ولماذا لم يلعب رجال الدين الإسلامي في الوطن العربي في عصرنا هذا دوراً رئيساً في تطور برامج الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية كما هي الحال في البلدان الغربية؟ وإلى أي مدى انعكس الصراع بين المؤسسات الدينية والمؤسسات التعليمية العقلانية على تطور الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية في وطننا العربي؟.

إن تاريخ الخدمة الاجتماعية الحديثة التي تأثر بها عالمنا العربي ، تاريخ قد بدأ في الخمسينات من القرن التاسع عشر في بريطانيا، حيث ارتبطت جهود الرعاية الاجتماعية وخدماتها وأنشطتها بتلقي الأجر من قبل عدد من القائمين على هذه الأنشطة. فقد كان القساوسة بالإضافة إلى أداء وظائفهم الدينية قد أوكلت لهم مسؤولية إدارة موظفي الرعاية الاجتماعية وتعيينهم وتدريبهم. ومسؤولية الكنيسة في التدريب والتعليم هي التي أدت إلى توليها تقديم تعليم الخدمة الاجتماعية ، خاصة وإن الكنيسة كانت تحاول أن تحافظ على دورها المتلاشي أمام الهجوم الموجه إلى تمسكها بالنظم التقليدية البالية في نظرتها للفقراء والمحرومين على أساس أنهم أناس عاثرو الحظ.

ففي بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية حاولت جمعيات تنظيم الإحسان بقصد أو بدون قصد- أن تضعف تدريجياً من الدور الذي يقوم به رجال الدين المسيحي في حقل الرعاية الاجتماعية وفقاً لمفهوم البر والإحسان . ولتحقيق هذا الهدف فقد وسعت هذه الجمعيات من دائرة المشاركة المجتمعية بالاعتماد على العمل التطوعي في شكل أعمال اللجان وإدارة جمع وتنظيم وتوزيع الصدقات والتبرعات وزيارة الحالات وتسجيلها ومتابعتها.

لقد كان هذا الجهد يقتضي مع الجهود التي يبذلها المتطوعون ان تتضافر جهود آخرين متفرغين لأداء أعمال تنظيمية معينة وتقديم خدمات مقابل أجر. ولكي تؤدي هذه الفئة وظائفها المستجدة ، فقد عمدت جمعيات تنظيم الإحسان بالتضافر مع الكنيسة إلى تدريبهم على العمل الاجتماعي. كما أن حركة الإصلاح من خارج الكنيسة ومن داخلها قد فرضت نفسها على الجامعات الدينية

في ذلك الوقت مثل جامعة اوكسفورد وجامعة كيمبردج ، فقد غيرت هذه الجامعات مناهجها وطرق الانتساب اليها والتدريس فيها حيث كانت هيئة التدريس- في الغالب- مكونة من رجال الدين.

وحركة الاصلاح في الجامعات أدت إلى قيام حركة المجالات الاجتماعية التي أسسها Canon Barnett في سنة ١٨٨٤ م ، حيث توصل بوصفه قساً وأستاذاً في جامعة اوكسفورد إلى ان البر والإحسان- وفقاً للمفهوم الكنسي ، المتمثل في قانون الفقر الذي يصم الفقراء بسوء الحظ- لا يمكن أن يعالج قضية الفقر لأن المشكلة لا تكمن في سوء حظ الفقراء والمحرومين ولكنها تكمن في الفجوة الواسعة بين الطبقات الاجتماعية في المناطق الحضرية (عجوبة ، ، ١٩٨٨ ) .

ويرى Beveridge أن أنشطة جمعيات تنظيم الاحسان تعمق من الفوارق الخاطئة بين الأغنياء والفقراء ، ومعالجة قضية الفقر لا يمكن ان تقتصر على تنظيم عمليات البر والإحسان ، ولا يمكن أن يتم الاصلاح الاجتماعي إلا بتدخل الدولة من خلا مناهج أكثر شمولية تتمثل في إدارة المؤسسات الاجتماعية ، وليس من خلال منهج خدمات الفرد الذي تقدمه جمعية تنظيم الاحسان التي تعارض تدخل الدولة في تقديم خدمة الرعاية الاجتماعية.

هذا وقد دفعت الحروب العالمية والإقليمية والصراعات الايدولوجية بين النظامين الرأسمالي والاشتراكي، الدولة إلى التدخل وإقامة برامج رعاية اجتماعية خارج نطاق قانون الفقر في بريطانيا ، مما اتاح فرصة لمزيد من الاهتمام بالخدمة الاجتماعية وتوظيف المزيد من الاخصائيين الاجتماعيين في المؤسسات التي تمولها الدولة.

الدور الجديد للخدمة الاجتماعية ساعد على وضع اطار تشريعي للعلاقة بين الخدمة الاجتماعية والدولة ، مما أضعف كثيراً من العلاقة التاريخية بين الخدمة الاجتماعية والكنيسة ، وتحولت مسؤوليات تدريب الاخصائيين الاجتماعيين من الكنسية إلى مؤسسات تعليمية عقلانية. كما ساعدت ظروف

الحرب على نمو الشعور الوطني وأذابت الفوارق بين الطبقات إلى حد ساعد على القضاء على قانون الفقر وخاصة بعد تقرير Beveridge في سنة ١٩٤٢م، والذي قدم تصوراً لرعاية اجتماعية تشمل جميع البريطانيين وتؤدي إلى محاربة أعداء الانسان العمالة الخمسة وهي البطالة والمرض والجوع والجهل والتشرد.

وبإذابة قانون الفقر أصبحت أنشطة الخدمة الاجتماعية لا ترتبط بحي بعينه كما بدأت الخدمة الاجتماعية في بريطانيا تبتعد تدريجياً عن خلفياتها الدينية وتتأثر بالاتجاهات المهنية في الخدمة الاجتماعية النفسية الامريكية بعد الحرب العالمية الاولى التي اثرت على السياسات في ميادين متعددة كالتعليم والأمراض العقلية والنفسية ومعالجة قضايا الاحداث الجانحين. وفي علم النفس التحليلي وجدت الخدمة الاجتماعية الأساس النظري والقاعدة المعرفية الشرعية لتطوير ممارسة خدمة الفرد التي بدأتها جمعيات تنظيم الاحسان.

أما في الوطن العربي ، فقد كانت برامج الرعاية الاجتماعية تتمثل في بعض الخدمات التطوعية التي قامت بها بعض التنظيمات الكنسية في البلدان العربية المستعمرة وكانت عبارة عن مؤسسات ايوائية أو خيرية كما بدأ المتعلمون العرب نشاطاً محدوداً مشابهاً لأنشطة حركة المجالات الاجتماعية وجمعيات تنظيم الاحسان في بعض البلدان العربية ، وبخاصة في كل من مصر وسوريا الكبرى. وفي هذه البلدان بدأت تتكون جماعات بصورة تلقائية تقدم عملاً طوعياً في مجال رعاية الفئات الخاصة كالأيتام والأحداث والمرضى بأمراض مزمنة ومعدية مما كان يقتضي عزلهم في ملاجئ خاصة تقدم لهم خدمات رعاية ايوائية وتأهيلاً وتدريباً لمواجهة الحياة أو لمجرد الحفظ أو الحماية لهم. ولقد عرفت مثل هذه الدور الايوائية الخيرية ما يعرف بمجالس الأمناء أو لجنة الأوصياء وهي مسميات عرفت من قبل في تاريخ تطور برامج الرعاية الاجتماعية في المجتمعات الاوروبية.



## ثانياً : الجذور العلمية للخدمة الاجتماعية :

لقد حار الدارسون العرب في امر إيجاد منطلقات ايدولوجية أو نظرية علمية للخدمة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية على حد سواء في الوطن العربي. ففي سنوات ما قبل الاستقلال الوطني كان منطلقها إرادة فعل الخير من أجل مساعدة الآخرين ومساعدة الفئات الخاصة لمساعدة نفسها بنفسها. وفي الستينات أجمع كثير من الدارسين وخاصة في مصر على ان الخدمة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية تنطلق في عملها من منطلقات اشتراكية عربية أو علمية.

وفي أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات بدأ بعض الباحثين محاولات لإيجاد منطلقات اسلامية للخدمة الاجتماعية في الوطن العربي ، على ان هذه المحاولات لم تتعد كونها مجرد دعاوى لمطابقة مبادئ الخدمة الاجتماعية أو مخالفتها للمبادئ الاسلامية دون ان تستند هذه الدعاوى إلى طرح فكري موثق تاريخياً .

أما بالنسبة للتجربة الاوروبية والأمريكية التي تأثرت بها التجارب العربية في محاولة إيجاد صيغة علمية تنطلق منها الخدمة الاجتماعية في الوطن العربي ، فإن دور جمعيات تنظيم الاحسان في اوروبا لم يكن دوراً سلبياً في كل الأحوال. ولذلك فإنها حتماً قد مهدت لتطوير العقلانية في تعليم الخدمة الاجتماعية وفي ممارستها. وبهذه التجربة تأثرت البلدان العربية ، فمن خلال جهود جمعية تنظيم الاحسان في اوروبا والجمعيات الخيرية المتأثرة بها في الوطن العربي ، انبثقت الخدمة الاجتماعية لتكون وسيطاً بين المتصدقين والمتصدق عليهم في مجتمع اختلفت ظروفه وأصبح لايمكن ان يتعرف فيه المتصدق على المتصدق عليه بحكم علاقات السوق الرأسمالية الجديدة المعقدة (عجوبة، ١٩٨٨).

فالمجتمع الصناعي الحضري والنمو السكاني السريع والحراك السكاني قد نتج عنها كلها نوع من التمييز بين الطبقات الاجتماعية عضوياً ومعنوياً سواء في اوروبا أو في الوطن العربي. وقد أساءت قطاعات من الفقراء



والمعوزين إلى ما أتيح اليهم من فرص وأعمال البر والإحسان ، حيث كانوا يحاولون الحصول علي المساعدات من مصدر واحد من مصادر البر والإحسان، ولذلك قامت المؤسسات الرسمية وغير الرسمية أكثر بتطوير ضوابط جديدة لدراسة الحالات المستحقة وتنفيذ الأحقيات ومتابعتها وفقاً لتشريعات مستمدة من التراث الأوروبي التي تأثر بها فيما بعد الوطن العربي. وقد كانت هذه المؤسسات ترى أن منح المال ليس كافياً وحده ولا بد للمجتمع من أن يأخذ مسؤوليته في تنسيق قنوات التمويل وتوجيهها بطرق علمية تضمن وصول خدمات الرعاية الاجتماعية إلى مستحقيها وتسجيلها ومتابعتها. وقد قوت هذه الخطوات من الاتجاهات العقلانية في تقديم الرعاية الاجتماعية وفي الوقت نفسه أضعفت من السمة الإنسانية والدينية للخدمة الاجتماعية سواء في أوروبا في نهاية القرن التاسع عشر أو في البلدان العربية في النصف الثاني من القرن العشرين. ومن خلال تطور مفاهيم العون الذاتي والتعاونيات لعبت الاتحادات والنقابات العمالية دوراً أساسياً في تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية.

وبذلك فقد انتقلت نظرية الممارسة في الخدمة الاجتماعية من قاعدة قائمة على الأخلاق ومستقاة من أعمال البر والإحسان إلى قاعدة عقلانية قائمة على التجربة العلمية ومستقاة من قاعدة مهنية كانت سبباً في التعجيل بالتقليل من أهمية المؤسسات الخيرية وإحلال الدولة محلها في حقول الرعاية الاجتماعية وتعليم الخدمة الاجتماعية. وقد توجت هذه الاتجاهات العلمية بما قامت به حركة المجالات الاجتماعية في بريطانيا من جهود في مجال التدريب والتعليم للفقراء، فقد كانت فكرة Barnett أن الجامعات لابد من أن تتقاسم ثراءها الثقافي مع الفقراء بتعليمهم وتدريبهم من خلال إسكان أعضاء هيئة التدريس والطلاب والخريجين في مناطق الفقراء وأحيائهم وتعليمهم وصدقتهم وتنظيم فصول إرشادية لهم ومشاركتهم في الأنشطة الثقافية ذات الصلة ببرامج الرعاية الاجتماعية ، ولقد كانت حركة المجالات الاجتماعية تهدف بذلك إلى إشاعة المعرفة وتمليكها لكل الطبقات بدلاً من قصرها على الطبقات العليا. فقد حاولت أيديولوجية الديمقراطية الاجتماعية منذ نشأتها السيطرة على الآثار السالبة لحرية

الاقتصاد ، بالدعوة إلى التعليم الإلزامي المجاني والرعاية الصحية وتوفير فرص العمل والرعاية الشاملة من المهد إلى اللحد.

وفي مصر قامت حركة مشابهة لحركة المحلات الاجتماعية ومتأثرة قادها بعض الخيرين بها في الثلاثينات لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين في الخدمة الاجتماعية ، كما أنشأوا الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية التي قامت بتجارب كثيرة لتطبيق الخدمة الاجتماعية في بعض الأحياء الفقيرة في القاهرة ، وقد تفاوتت تجارب الدول العربية في هذا الصدد ، ولكن في كثير من البلدان نشأ ما يشبه الجماعات الخيرية الطليعية لإرتياد مجالات جديدة في حقل الرعاية الاجتماعية كمبادرات معهد القرش في كل من السودان ومصر والسعودية في الثلاثينات من القرن العشرين الميلادي. ومن الملاحظ أن تنظيماتهم كانت قائمة على جهود سلمية ذات طابع فردي ولم تدخل في صراعات مع السلطات الحكومية سواء في عهد الاستعمار أو في عهد الوطني، ومثلما أتاحت فرصة لمشاركة النساء في بريطانيا وأمريكا في حقل الرعاية الاجتماعية، فقد كانت الفرصة متاحة لمشاركتهن في هذا الحقل منذ البداية في الوطن العربي .

### **ثالثاً: دور المرأة في تطور مفهوم المهنة في الخدمة الاجتماعية :**

في منتصف السبعينات وأوائل الثمانينات كان هناك اتجاه في بلدان العالم وفي كثير من البلدان العربية بأن توكل إدارة وزارة الرعاية إلى المرأة ، بحيث تشغل امرأة منصب وزير الشؤون الاجتماعية في البلدان التي توجد فيها مثل هذه الوزارة ، وقد كان هذا الاتجاه في الأساس نابعا من اقتران الرعاية الاجتماعية وبالتالي الخدمة الاجتماعية بدور المرأة في المجتمعات الصناعية المتقدمة وفي الدول النامية على حد سواء، ويرجع ذلك الأساس إلى التطورات التاريخية التي صاحبت دور المرأة في تطوير الخدمة الاجتماعية وتقديم برامج الرعاية الاجتماعية . فالخدمة الاجتماعية كما يري بعض الدارسين من المهن القليلة ذات الطبيعة الأنثوية.

ففي القرن التاسع عشر كانت النساء معزولات عن السوق وعن المهن في المجتمعات الاوربية وفي أمريكا، وكان الرجال هم النشطون في هذه السوق، وكان دور المرأة مقصورا علي الشؤون المنزلية والدينية في معظم الأحوال. وقد أتاح قانون الفقر مجالا واسعا لتوظيف المرأة إما مقابل أجر أو كمتطوعات، كما أن حركة الإصلاح الديني والاجتماعي قد أدت إلي فتح أبواب الجامعات والكليات للنساء، ففي سنة ١٨٨٤م فتحت جامعة أكسفورد أبوابها للنساء وقد قدمت لهن فكرة المحلات الاجتماعية مجالا للممارسة، ومثلما كان التعليم قائما علي الفصل بين الجنسين، فقد تم الفصل بين أنشطة الطلاب والطلبة في المحلات الاجتماعية..

وقد وجدت الطالبات مجالا لممارسة مجتمعية من خلال الخدمة الاجتماعية بينما كان يضيق عليهن الخناق في ممارسة المهن الأخرى ، ومن هنا انبثق الارتباط المهني بين المرأة وبين الخدمة الاجتماعية ، فقد اتاحت الجمعيات الخيرية دورا في تدريب النساء وتوظيفهن في العمل الاجتماعي سواء في أوربا أو في الوطن العربي فيما بعد ، ومن هنا بدأ التعاون الوثيق بين النساء وبين الجمعيات الخيرية لتأسيس حلقات تدريب في الخدمة الاجتماعية منذ نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين الميلادي ، وقد اعطي هذا الموقف الخدمة الاجتماعية وزنا بين النساء وقلل من قيمتها المهنية بين الرجال .

لقد كان التعيين في وظائف الخدمة الاجتماعية مبنيا علي أسس طبقية ومقصورا علي توظيف سيدات الطبقات الوسطي والعليا ، وفي أمريكا كما في الوطن العربي جاءت كثير من المبادرات لإنشاء منظمات رعاية اجتماعية من قبل نخبة صفوية من السيدات ، وقد كان بعضهن من الموسرات أو من خريجات الكليات اللأتي يبحثن عن تأكيد الذات ، حيث لم تكن تتاح لهن فرصة مزاوله المهن الأصلية في المجتمع كالطب والقانون والوظائف الدينية وإدارة الأعمال ، وبذلك أتاح مؤسسات الرعاية الاجتماعية فرصة لخريجات الكليات العليا لكي ينشئن تخصصا في مجال كان معظم قاداته من النساء أيضا ، لقد كانت سيدات الطبقة الوسطي يشغلن دورا هامشيا في عالم مهني يسيطر عليه الرجال في

الغرب ، وقد كان الحصول علي مؤهل مهني في الخدمة الاجتماعية يمثل بالنسبة إليهن وثيقة ثقة في النفس ترمز لحقهن في الحصول علي أجر مقابل ما يؤدينه من عمل مهني .

أما بالنسبة للرجال ، فإن العمل الإجتماعي كان لا يعني سوي أنه نشاط في مرحلة عمرية معينة غالبا ما تكون في الشباب المبكر أو بعد التقاعد ، ولكنه لا يشكل مهنة مغرية للرجال بأي حال من الأحوال، فقد كان من المفترض أن يستمد الرجل هويته ومكانته في إطار المهن الأصلية الأخرى، والرجال الذين عملوا في حقل الرعاية الاجتماعية كانوا من خلفية اجتماعية محترمة، ولكنهم كانوا يتولون الوظائف الإدارية والتنظيمية في تقديم الخدمات الاجتماعية، أما الأعضاء المؤسسون لهذه الجمعيات ومنها الجمعيات الخيرية، فقد كان معظمهم من رجال الطبقة الوسطي والطبقة العليا وقد كانوا من أرباب المعاشات ومن رجال الأعمال والمهن الأخرى كالطب والقانون، وكانوا يزاولون نشاطهم مجانا في الحقل الإجتماعي، كما كان بينهم كثير من الأخصائيات الاجتماعيات من الطبقات الموسرة واللائي يمكن أن يخصصن وقتهن ومواردهن لخدمة الآخرين، كما كان معظم الملتحقات بمدارس الخدمة الاجتماعية، سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو في بريطانيا، من هذه الفئة من النساء، أما في الوطن العربي فقد بدأ تعليم الخدمة الاجتماعية بداية متواضعة وخارج نطاق الجامعات كما كان شأنها في بريطانيا وأمريكا خلال القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين .

من خلال نشاط المرأة في مجالات الخدمات الاجتماعية تطور تدريب الخدمة الاجتماعية واتخذت مكانتها كمهنة في صعوبة بين المهن بالأخرى ، وقد تزامن هذا مع قيام أقسام للدراسات الاجتماعية في الجامعات الناشئة في بريطانيا وفي الحلقات الدراسية التي كانت تنظمها جمعيات تنظيم الإحسان أو مدارس الأعمال الخيرية في أمريكا، وفي بريطانيا بدأت جمعيات تنظيم الإحسان ١٨٩٥م في تعيين أخصائيات اجتماعيات في المستشفيات الخيرية بهدف إجراء دراسة حالة المرضى للتعرف علي ما إذا كانوا يستحقون الخدمات الصحية التي تقدم وقد كان معظمهن من العوانس المتفرغات والمتفانيات في أداء العمل الإجتماعي ،



ومن خلال عملهن في المجال الصحي تطورت طريقة خدمة الفرد ، ولعل أولئك الأخصائيات كن أول من كون جمعية مهنية في حقل الخدمة الاجتماعية في سنة ١٩٠٧م حيث كان يطلق عليهن الزائرات أو موزعات الصدقات .

لقد أسهمت الحروب في ترسيخ دور المرأة في الخدمة الاجتماعية ، فقد أحدثت الحروب سواء كانت عالمية أو اقليمية ، خلا كبيرا في الحياة الأسرية وذلك نتيجة لما يصاحب هذه الحروب عادة من برامج الإخلاء أو التوطين الإجباري للسكان في المدن والأحياء أو المناطق الريفية ، وقد إهتمت السلطات الرسمية بمشكلات الاحداث الجانحين والجنود المصابين وتبنت مشروعات إيوائية وتأهيلية ، كما كانت هناك حاجة إلي المزيد من خدمات حضانة الأطفال نتيجة للتوظيف المتزايد للنساء لدعم المجهودات الحربية مما أعطي فرصة لتوظيف النساء لإدارة الخدمة الاجتماعية علي أسس مهنية معترف بها. ومن هنا نبع حرص الأخصائيات الاجتماعيات علي المطالبة بالمزيد من التركيز علي التخصص المهني في الخدمة الاجتماعية بينما كانت مطالب الرجال مركزة علي تحسين المرتبات وشروط الخدمة. وعلي مستوي العالم أثرت حركة تحرير المرأة وقامت بدور كبير في تطور مهنة الخدمة الاجتماعية منذ بداية القرن العشرين الميلادي وخاصة فيما يتعلق بتطوير الخدمات الأسرية ورعاية الطفولة .

وفي عالمنا العربي تأثرت الخدمة الاجتماعية بنشاط المرأة وإسهامها منذ البداية فكثير من المعاهد وخاصة المعاهد المتوسطة كانت مخصصة للطالبات فقط، سواء كانت قد أنشأتها الدولة أو بمبادرة من القطاع الخاص أو استجابة لمبادرات وتمويل وإشراف من الأمم المتحدة . وفي بعض الجامعات العربية كجامعة أم درمان الإسلامية ،كانت الطالبات هن وحدهن اللائي يتخصصن في الخدمة الاجتماعية بينما يتخصص الطلبة في علم الاجتماع ، وفي بلدان الخليج العربي وفي السودان ولبنان والأردن ربما كانت الخدمة الاجتماعية واحدة من أهم القنوات لتوظيف خريجات الجامعات ،سواء كن متخصصات أو غير متخصصات في الخدمة الاجتماعية ، ويضاف إلي ذلك الجهود الخيرية التي تقوم بها سيدات المجتمع العربي من الطبقات العليا في هذا المجتمع ، سواء كن ينتمين



إلى فئة الأمراء أو الشيوخ أو الملوك أو رؤساء الدول أو الموسرين في المجتمع وقد عرفت بعض المجتمعات دورا متفاوتا للتنظيمات السياسية النسائية العربية.

وفي الجامعات العربية علي وجه العموم يلاحظ الإقبال المتزايد للطالبات علي دراسة الخدمة الاجتماعية وخاصة في أقسام الدراسات الاجتماعية التي تضم شعبتين للخدمة وللإجتماع ، وقد أدى هذا في جامعة الملك سعود مثلا الي اختلال التوازن بين الشعبتين ، مما أضطر هيئة التدريس في قسم الطالبات إلي الاستعانة ببعض موظفات الدولة لتوضيح فرص التوظيف المتساوية بين خريجات الإجتماع وخريجات الخدمة الاجتماعية في حقل الرعاية الاجتماعية ، أما في مجالات مشاركة المرأة العربية ، فمثلما أسهمت الحروب في أوربا في تأكيد دور المرأة في الخدمة الاجتماعية فإن الحروب العربية الإسرائيلية وغيرها من الكوارث والحروب قد أكدت علي هذا الدور ( عجوبة ، ، ١٩٨٨ ) .

#### **رابعا : الجذور الأكاديمية لمفهوم المهنة في الخدمة الاجتماعية :**

إن استخدام النهج العلمي والمهني رسخ من ضرورة تدريب المتطوعين ومن يتلقون أجرا من العاملين في حقل الرعاية الاجتماعية ، والنمط الحديث للتدريب يجمع بين التدريب الميداني والدراسات الأكاديمية . وقد بدأ التعاون بين ضباط المراكز في جمعيات تنظيم الإحسان وبين أقسام الدراسات الاجتماعية في الجامعات المجاورة في بريطانيا . أما في أمريكا فقد دعت Mary Richmond مديرة جمعية تنظيم الإحسان في بلتيمور في سنة ١٨٩٧م في المؤتمر الوطني للأعمال الخيرية ، دعت إلي الإهتمام بالتدريب . وقد نفذت دعوتها في سنة ١٨٩٨م في نيويورك حيث قام بتنفيذها Edward Devise مدير جمعية الإحسان بنيويورك ، الذي نظم تدريبا صيفيا للأخصائيين الاجتماعيين بالتعاون مع م . ريشموند .

أما في بريطانيا فقد أنشأت جمعية تنظيم الإحسان مدرسة علم الإجتماع بجامعة لندن بغرض تدريب الأخصائيين الاجتماعيين ، وافتتاح هذه المدرسة في سنة ١٩٠٣م يمثل البرنامج الرسمي الأول لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين

تدريباً يساعدهم علي علاج علل الطبقة العاملة ، لقد كان رأي جمعية تنظيم الإحسان قائماً علي أن الدولة غير قادرة علي القيام بوظيفة أو إصلاح ظروف الطبقة العاملة الفقيرة ، وأن أي برنامج إغاثة شامل تقدمه الدولة ، سواء كان متعلقاً بمعاشات المسنين أو الوجبات المدرسية المجانية أو تشغيل العاطلين ، لا تمثل إلا حلاً مؤقتة تساعدهم علي التحرر من مسؤولياتهم الأسرية والتطلع للدولة لإشباع إحتياجاتهم أكثر من الإتجاه نحو الإعتماد علي مصادرهم ومحاولاتهم الذاتية للمحافظة علي معيشتهم .

لقد كانت الخدمة الاجتماعية إلى الحرب العالمية الأولى موجهة إلى إعادة صياغة الطبقة العاملة وتنشئتها حتي يمكن الإعتماد عليها ليس وفقاً لقيمتها هي ، وإنما وفقاً لقيم الطبقات الاجتماعية الوسطي والعليا في المجتمع ، ومثلما يحصل الطبيب علي طريقة أو مهنة متعلمة ويتم تسجيله ويمنح شهادة مهنية ، فإن مقدمي الخدمات شأنهم شأن الأطباء يمكن أن يطلق عليهم مصطلح الطبيب الاجتماعي أو المهندس الاجتماعي أو الأخصائي الاجتماعي . ومثلما يعالج الطبيب علل المرضي ، فإن الأخصائي الاجتماعي يعالج علل المجتمع .

وفي أمريكا تم إنشاء مدرسة نيويورك للأعمال الخيرية في سنة ١٩١٢م وقد تلاها إنشاء مدارس الخدمة الاجتماعية في كثير من المدن الأمريكية، وقد استمر برنامج تدريب السنة الواحدة من سنة ١٩٠٤ - ١٩١٢ م ، حيث أضيفت سنة ثانية للتدريب وخصصت السنة الأولى للمناهج العامة بينما خصصت السنة الثانية للتخصص .

لقد كان التدريس في مدارس الخدمة الاجتماعية يركز علي الجوانب النظرية والتدريب الميداني ، وقد اختلف ردود فعل تعليم الخدمة الاجتماعية فيما يجب التركيز عليه . وقد كان من رأي Richmond التركيز علي التدريب الميداني ، كما أنها كانت تعارض أن يصبح برنامج تعليم الخدمة الاجتماعية وحدة أكاديمية في جامعة كولومبيا خوفاً من أن يؤدي ذلك إلي أن تكون النتيجة هي التركيز علي التقاليد الأكاديمية المتشددة في وضع المناهج الدراسية .

أما في إنجلترا فقد أنشئت شعبة الإدارة الاجتماعية بمدرسة لندن للعلوم الاجتماعية لتقديم تدريب في الخدمة الاجتماعية ، ولقد كان إصرار الأخصائيين علي التعليم الجامعي والمطالبة بمنحهم شهادات جامعية نابعا من رغبتهم في الحصول علي مشروعية مجتمعية للنشاط الذي يقومون به وذلك حتي لا تقوم ممارسة الخدمة الاجتماعية علي حسن النية ، خاصة وأن هناك من يرون ان ممارسة الخدمة الاجتماعية لا تقوم علي أسس قاعدة نظرية معرفية: ويرى Flexner أن الخبرة القائمة علي غير قاعدة معرفية نظرية راسخة لا يمكن أن تكون أساساً لمهنة ، فالطب مثلا لا يعطي وزنا للممارسة في حد ذاتها كقاعدة معرفية نظرية ولكن قاعدته المعرفية قاعدة علمية تتمثل في علوم الكيمياء والفيزياء والأحياء .

للحصول علي الاعتراف المهني حرص الأخصائيون الإجتماعيون علي الإبقاء علي الخدمة الاجتماعية في الجامعات، وقد قدمت قبل الحرب العالمية الثانية برامج تعليم الخدمة الاجتماعية في أحضان الكليات والجامعات، ولكن في معظم الأحوال كانت تنشأ هذه البرامج بصورة غير رسمية إلي حد بعيد، ولذلك كان موضوع الاعتراف الأكاديمي مسألة يدور حولها الاختلاف، وقد نشأت معظم مدارس الخدمة الاجتماعية وبرامجها في الولايات المتحدة الامريكية وبعض البلدان كاستجابة لضغوط المحتتمات المحلية والممولين للمؤسسات الأكاديمية ولم تنشأ بمبادرة من القيادات الأكاديمية.

لتوحيد مهنة الخدمة الاجتماعية كان لا بد من توحيد التدريب ، وقد أوصي مؤتمر Milford في سنة ١٩٢٩م بإتخاذ المنهج التكاملي لطريقة الخدمة الاجتماعية ، وفي بريطانيا أخذ لأول مرة بمبدأ التدريب التكاملي لطرق الخدمة الاجتماعية في سنة ١٩٥٤ م في مدرسة لندن للعلوم الاقتصادية وقد نادي خريجو هذا البرنامج الدراسي إلي نبذ التخصص الدقيق في الخدمة العامة الاجتماعية ، ولكن المناهج التكاملية في الخدمة الاجتماعية التي تقدمها الجامعات لم تكن كافية لتلبية ضغوط الطلب المتزايدة للتوظيف .

وكاستجابة لتقرير E. Younghusband في سنة ١٩٥٨م فقد تم قيام نوع جديد من تدريب الخدمة الاجتماعية وتعليمها خارج الجامعات ، وهو النظام المتمثل في دراسات نظرية وميدانية مدتها سنتان والذي أصبحت تقدمه الكليات التقنية أو كليات التعليم المستمر في بريطانيا ، وقد أنشئ مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية في بريطانيا في سنة ١٩٦٢ م ليمنح شهادة في الخدمة الاجتماعية لمن أكملوا دراسة السنتين ، كما كان موظفو الحكومات المحلية غير المدربين يتلقون نوعا من التدريب تمنح بعده شهادة عامة تكاملية في الخدمة الاجتماعية . ومثل هذا النموذج طبق في السودان خلال معهد الدراسات الإضافية بجامعة الخرطوم حيث قام الخبراء البريطانيون بدور رئيس في تأسيس تعليم الخدمة الاجتماعية.

إن تجارب الدول العربية لا تختلف كثيرا في جوهرها عن التجارب التي مر بها تعليم الخدمة الاجتماعية في أمريكا أو بريطانيا . فعلى سبيل المثال نجد أن البلدان العربية التي قامت فيها مؤسسات تعليمية للخدمة الاجتماعية ، فإنها لا تزال تواجه قضايا مختلف عليها عالميا ، ومن تلك القضايا ما هو المستوي المناسب لتعليم الخدمة الاجتماعية ؟ ففي بعض البلدان كجمهورية مصر العربية ، يقوم تعليم الخدمة الاجتماعية على مستوى المعاهد المتوسطة والمعاهد العليا والمستوي الجامعي وفوق الجامعي . أما في المملكة العربية السعودية والكويت والإمارات وقطر وليبيا والسودان فتوجد أقسام للخدمة الاجتماعية على المستوي الجامعي وفوق الجامعي ومستوي المعاهد العليا ، وفي تونس والعراق ولبنان توجد على مستوي المعاهد العليا ، وفي الأردن على مستوي المعاهد المتوسطة وفي بلدان أخرى كاليمن الشمالي تقوم بتدريب الأخصائيين الاجتماعيين وزارة الشؤون الاجتماعية ، ومن القضايا المختلف عليها أيضا قضية التدريب الميداني ، ففي بعض البلدان يعطي أهمية تصل إلى ٤٠% من المقررات بينما في بلدان أخرى لا تتجاوز أهميته ٣% من حجم المقررات الدراسية .

هناك أيضا قضية أخرى وهي العلاقة بين الخدمة الاجتماعية وبقية العلوم، وفي هذا الصدد فإن هناك من يري أن الخدمة الاجتماعية لا بد أن تظل بعيدة عن الجامعات حتي لا تفقد مرونتها ، ولذلك أبقيت كجزء من معاهد أو



كليات التعليم المستمر كما هي الحال في جامعة الخرطوم ، كما أن هناك من يري أنها يمكن أن تكون جزءا من الجامعات التقنية كما هي الحال في جامعة حلوان بمصر ، وهناك من يري انها لابد أن تنسب الي العلوم التربوية والنفسية فألحقت بكلية التربية ، وهناك من يراها جزءا من العلوم الأدبية فألحقت بكلية الآداب كما هي الحال في جامعة الملك سعود ، وهناك من يري ان الخدمة الاجتماعية لصيقة بمهنة القانون كما هي الحال في تونس والجزائر والمغرب وسوريا ، وهناك بلدان أبقتها خارج نطاق الجامعات ونطاق التربية والتعليم فتركت مسؤولية تدريب الموظفين إلي الجهات التي يعملون بها وهي في الغالب وزارة الشؤون الاجتماعية التي تمثل الموظف الرئيس للأخصائيين الاجتماعيين في الوطن العربي ، وهناك من يري أن يتم تعليم الخدمة الاجتماعية في مؤسسات يمولها القطاع الخاص بعيدا عن الأجهزة الحكومية ، وسيطرتها ، كما هي الحال بالنسبة للمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بشبرا بمصر (عجوبة ، ، ١٩٨٨ ) .

#### **خامسا : الجذور التوظيفية لمهنة الخدمة الاجتماعية :**

لقد واجهت مهنة الخدمة الاجتماعية كما جاء في تقرير المجلس الوطني البريطاني للخدمات الاجتماعية في سنة ١٩٦٣م تنوعا فوضويا في الوظائف التي تندرج تحت الخدمة الاجتماعية والطرق المستخدمة في العمل والتوظيف والتدريب وظروف الخدمة الاجتماعية. وقد أحدثت هذه الفوضى أثرا سلبيا علي التوظيف المستقبلي للأخصائيين الاجتماعيين. ومما زاد المسألة سوءا المرتبات المتدنية التي كانت تدفع لبعض الأخصائيين، ويعزي ذلك إلي غياب في أجهزة الخدمة المدنية خاصة بعد أن تم القضاء علي قانون الفقر وتحويل موظفي مؤسساته الي السلطات المحلية والمركزية .

ولعل الحال في البلدان العربية لا يختلف عما كان عليه الحال في بريطانيا حيث لا توجد حتي الآن ضوابط مهنية للتوظيف في حقل الرعاية الاجتماعية، ومن ثم يمكن أن يلحق بها خريجو كل التخصصات الاجتماعية والأدبية، ولم تتجح حتي الآن المحاولات التي بذلت في مصر أو غيرها من البلدان العربية لوضع ضوابط مهنية تقصر وظائف الخدمة الاجتماعية علي



الأخصائيين الإجتماعيين المهنيين، فالتمييز بين الخدمة الاجتماعية وغيرها من المهن والتخصصات لا يزال غير واضح لدى كثير من الأجهزة الرسمية الحكومية والقطاعات الأهلية والمؤسسات التعليمية في الوطن العربي. (عجوبة، ١٩٨٨م).

### **سادسا : الجذور المهنية لعلاقة الخدمة الاجتماعية بغيرها من العلوم والمهن الأخرى :**

موضوع الإعراف المهني أصبح أمرا ملحا ، فغالبا ما تقتضي مشكلات الأفراد والأسر أن يتعامل أو يتعاون الأخصائيون الإجتماعيون مع الأطباء والمحامين والقضاة الذين وجدوا في الأخصائيين الإجتماعيين متعاونين يتمتعون بقدر كبير من حسن النية ، بالرغم من هذا الموقف فإن الأطباء ورجال القانون لم يعاملوا الأخصائيين الإجتماعيين كمهنيين مساوين لهم . ويرجع ذلك الي أن الأخصائيين الإجتماعيين غالبا ما كانوا من النساء ، في المجتمعات الغربية ، اللائي يشك في مدي حرصهن علي تطور مهنة الخدمة الاجتماعية خاصة عندما يتزوجن وتشغلن حياتهن الأسرية . كما أنه لم تكن لدي الخدمة الاجتماعية قوة ذاتية تمكنها من فرض وجودها علي المهن الأخرى في بداية القرن العشرين في الدول الغربية وبعد الاستقلال الوطني في الدول العربية ، بل أنها كانت عرضة للهجوم في كثير من الأحيان (عجوبة ، ، ١٩٨٨ )

ففي أمريكا — علي سبيل المثال — وفي سنة ١٩١٥م وفي المؤتمر السنوي للأعمال الخيرية قدم Flexner أحد الأطباء المشهورين في ذلك الوقت، محاضرة تساءل فيها عن مدي استيفاء الخدمة الاجتماعية لشروط المهنة ومتطلباتها. وقد كان من رأيه ان الخدمة الاجتماعية تمثل نشاطا مفيدا يتضمن بعض السمات المهنية ولكنها لا تفي بكل المعايير المهنية ، فهي نشاط ذهني ولكنها مؤسسة بسيطة وليست أصلية ، كما أن مجالها ليس محددا ، ولذلك فإن مجال التوظيف فيها واسع بدرجة يستحيل معها تحديده كما أن الحصول علي معارفها صوري مفتعل ، وافتقارها إلي المقدرة العلمية هو الذي يوسع من مجالات ممارستها . ولذلك لا يمكن حصر مجال ممارستها والأخصائي

الإجتماعي ليس خبيراً بقدر ما هو وسيط مهمته استدعاء الخبراء ، فالخدمة الاجتماعية تتدخل فقط عندما تفشل المؤسسات والمهن الأخرى في التوصل الي البعد الإجتماعي للمشكلة ، ومن ثم لا يمكن إعتبارها مهنة قائمة بذاتها ، لأنها تعالج قصور المهن الأخرى وتكمل جهودها . وفي النهاية يخلص "Flexner" إلي أن الأخصائيين الإجتماعيين متهورون ومندفعون في إصرارهم ودعاويهم المهنية. لقد كان لمحاضرة "Flexner" تأثير سحري يمثل تحدياً حقيقياً للأخصائيين الإجتماعيين في الولايات المتحدة ، فقد أدهشتهم وحيرتهم هذه المحاضرة فواجهوها بصمت إلي أن دافعت " Mary Richmond " عن الخدمة الاجتماعية في سنة ١٩١٧م في المؤتمر السنوي للأعمال الخيرية ، حيث أوضحت أن للخدمة الاجتماعية مهاراتها وقيمها وطرقها ومعارفها التي يمكن تطبيقها في واقع الممارسة المهنية ، ومن ثم فإنها ليست مؤسسة بسيطة ، وإنما هي مؤسسة أصلية ، بل وتتوافر فيها كل الضوابط المهنية التي تصورها " Flexner" والتي تتمثل في : ( ١ ) استناد المهنة إلي عمليات عقلية وليست يدوية، ( ٢ ) تقوم المهنة علي تقدير المسؤولية الفردية في ترسيخ قيمها، ( ٣ ) معارفها متعلمة ومكتسبة، ( ٤ ) للمعارف هدف علمي محدد، ( ٥ ) لها مؤسساتها التعليمية المعترف بها، ( ٦ ) أن تكون المهنة قادرة علي التطور الذاتي، ( ٧ ) أن يتمتع أعضاؤها بقدر كبير من الإلتزام والتفاني والغيرة المهنية، ( ٨ ) أن يكون لها تنظيماتها المهنية والعلمية ولها دوريات علمية منتظمة. (عجوبة، ١٩٨٨ م).

لقد كان الأخصائيون الإجتماعيون ينظرون إلي علوم كالإجتماع وعلم النفس والاقتصاد السياسي ليستمدوا منها بعض المفاهيم ، ولم يكن هناك علم واحد من بين العلوم يمكن للخدمة الاجتماعية أن تستمد منه وحده قاعدتها المعرفية في تعاملها مع الأفراد إلا أنها بالتدرج بدأت تستمد معظم معارفها من نظرية التحليل النفسي، وقد مثلت نظرية " فرويد " بعد محاضراته في جامعة " Clark " في سنة ١٩١٢م الإطار النظري لممارسة الخدمة الاجتماعية في أمريكا .

لقد أعطي علم النفس الفرويدي فرصة واسعة لتعميم نظريات العلاقات الأسرية علي كل المجتمعات البشرية وعلي مختلف الطبقات الاجتماعية لعلاج مشكلات الشخصية الأساسية بغض النظر عن الخصائص الاجتماعية المفتعلة كالطبقة والثقافة. فاللاوعي هو الذي يحرك الشخصية البشرية واللاوعي خارج عن معرفة العميل وإدراكه. وللوصول الي هذا اللاوعي فإنه لا بد من تطوير أداة مهنية قادرة علي سبر غور اللاشعور بصورة علمية وقد كانت الخدمة الاجتماعية النفسية هي أحد هذه التخصصات المهنية المرتجاة لسبر غور النفس البشرية .

تأثرت الخدمة الاجتماعية في بحوثها بعلم النفس التحليلي وركزت علي التجارب (الإكلينيكية) واستخدمت طرق التحليل الإحصائي المستمدة من علم النفس.

وقد أعطي استخدام المناهج ( الأمبريقية ) المشروعية لمدارس الخدمة الاجتماعية في إنشاء دراسات عليا . لكن المشكلة أن أبحاث الدراسات العليا في الخدمة الاجتماعية ظل الغرض منها ممارسة رياضة ذهنية أكاديمية لم تؤثر في واقع الممارسة المهنية أو في السياسات الاجتماعية . فالدراسات العليا أسهمت في الحصول علي الإعراف الأكاديمي، وإن لم تسهم في تطوير المهنة ، ولم يشعر بإسهاماتها إلا من هم في محيطها ، ولذلك اتهمت الخدمة الاجتماعية بأنها ثقافة أقلية ولم تجد إعرافا مهنيا من قبل الآخرين .

يتساءل "Flexner" عن من الذي يعترف بالمهن ويعطيها مشروعيتها ، ويرى أن المشروعية يعطيها قادة الفكر في شتي المهن والعلوم ، وهم المسؤولون عن حماية مركز المهن الأخرى الأصلية وسلطاتها من تغول المتسلقين والانتهازيين ودعاويهم . وهم — أي قادة الفكر — الذين يتأكدون من أن مهنة معينة قد اجتازت الاختيار ، ويرى " David Austin " أحد علماء الخدمة الاجتماعية ، بأن وجهة نظر " Flexner " تتجاهل حقيقة أن الإعراف المهني ليس بالقرار الذي يتخذ في لحظة معينة ، ولكنه عملية طويلة تستغرق زمنا لإصدار مثل هذا الحكم ، والحكم لا تصدره هيئة من المحلفين ، ولكن المهنة

يعترف بها عندما يصل الرأي العام الي قناعة بقبول معارفها ومصادقيتها من خلال الوظائف التي تؤديها في المجتمع بغض النظر عن سمات المهنة وخصائصها الداخلية .

المشكلة أن التعريفات والدراسات المقترنة بالمهن وضوابطها كانت مقترنة بالتنافس المستمر بين المهن والعلوم أكثر من كونها دراسات علمية منزهة عن الغرض للتعرف علي الخصائص العامة المشتركة للسمات المهنية ، فالنموذج المهني الطبي قد صمم خصيصا لحماية مهنة الطب من منافسة المهن الأخرى علي الموارد الاقتصادية . فالقوائم المهنية التي قدمها " Flexner " تتضمن الطب والهندسة والقانون والأدب والرسم والموسيقى والمعمار ومهنة التدريس في الجامعات . وفي الثلاثينات يقترح " Carr Saunders " ، وهو أول عالم اجتماع يدرس المهن ، يقترح قائمة تتضمن ثلاث مهن أصلية فقط ، وهي القانون والطب واللاهوت وأضاف إليها خمس مهن جديدة ليست الخدمة الاجتماعية واحدة .

أما " Goode " فقد قدم قائمة تتضمن تسع مهن معترف بها ولم تكن الخدمة الاجتماعية واحدة منها ، وفي سنة ١٩٦٨م رأي " Greenwood " بأن الخدمة الاجتماعية لا تفي بمتطلبات المهنة . وفي سنة ١٩٦٩م قدم Amati " Etizioni " كتابه شبه المهن التي تشمل الخدمة الاجتماعية والتمريض والمكتبات والتعليم الابتدائي والثانوي، ومن الواضح كما يقول " Austin " أن شبه المهن في مفهوم " Etizioni " هي مجالات عمل النساء ، ويضيف " Etizioni " بأن كل الضوابط المهنية التي اقترحها " Flexner " لم تتمكن الخدمة الاجتماعية من الوفاء بها نتيجة للطابع النسائي الغالب عليها ، ويرى " Glazer " أن الطب هو المهنة الحقيقية الوحيدة ، وقد اعتبر الخدمة الاجتماعية كواحدة من المهن الفرعية . (عجوبة، ١٩٨٨م ) .

الخلاصة أن المعايير المهنية للطب قد فرضت نفسها علي الخدمة الاجتماعية بدرجة دفعت الخدمة الاجتماعية إلي الارتواء في أحضان الطب بدلا من التحرر منه . ولذلك أخذت الخدمة الاجتماعية في البلدان الغربية تلاحق مهنة الطب وتتبنى نماذجها في الممارسة المهنية. وبهذه التجارب تأثرت الخدمة



الاجتماعية في الدول النامية ومنها البلدان العربية ، مما عرض تجارب الخدمة الاجتماعية وممارستها القائمة علي النموذج العلاجي لكثير من الانتقادات من أولئك الذين يريدون منها أن تتحي منحي تنمويا يبعدها عن النموذج الطبي ويضفي عليها قدرا من الأصالة والفاعلية التي حرصت مختلف تنظيمات الأخصائيين الإجتماعيين علي ترسيخها .

### **سابعاً : الجذور التنظيمية المهنية للخدمة الاجتماعية :**

عندما أستعرض الدارسون العرب في الخدمة الاجتماعية الشروط التي قدمها "Flexner" للخدمة الاجتماعية كي تثبح مهنة ، فإنهم قاموا بتقديم هذه الشروط بصورة مجردة ولم يقرنوها بالموقف النقدي الذي وقفه " Flexner " من الخدمة الاجتماعية . حيث ذهب الي ان الخدمة الاجتماعية لا تتوافر فيها المكونات المهنية ، وللرد على هذه الإنتقادات فإن المهنية في الخدمة الاجتماعية تم اكتسابها بصورة تدريجية ومن خلال قنوات متعددة كان اهمها التنظيمات العلمية والمهنية ، فقد بدأ خريجو الخدمة الاجتماعية ينظمون أنفسهم منذ بداية القرن العشرين ، ففي سنة ١٩٠٧م تكونت رابطة الزائرات الاجتماعيات ، وفي ١٩٠٩م تكونت رابطة ضباط المراقبة الاجتماعية في بريطانيا ، كما أنشئت الرابطة الأمريكية للأخصائيين الإجتماعيين في سنة ١٩٢١م ، وفي العام نفسه تكونت رابطة مدارس الخدمة الاجتماعية لتطوير المناهج الدراسية في الخدمة الاجتماعية .

لقد قامت الروابط المهنية لوضع ضوابط متشددة للعضوية المهنية، وذلك من أجل التمييز بين الأخصائيين الإجتماعيين المهنيين وبين غيرهم في حقل الرعاية الاجتماعية ' وفي العشرينات تكونت في كل من أمريكا وبريطانيا روابط للأخصائيين الإجتماعيين النفسيين ، هذا وقد أدى نمو الخدمة الاجتماعية النفسية إلي نمو طريقة خدمة الفرد كمحور للتطور المهني للخدمة الاجتماعية بدرجة أدت الي تفتيت الخدمة الاجتماعية في تخصصات دقيقة وفقا للطريقة أو وفقا لمجالات الممارسة ، ولتوحيد الجهود المهنية اتخذ مؤتمر " Milford " بالولايات المتحدة قرارا في سنة ١٩٢٩م بتوحيد روابط الأخصائيين الإجتماعيين الامريكيين ،



حيث قامت فيما بعد الرابطة الوطنية للإخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين " NASW " كما قام اتحاد للاخصائيين البريطانيين في سنة ١٩٣٦ م .

لقد ساعدت الحروب علي نمو مهنة الخدمة الاجتماعية في إطار الرعاية الاجتماعية مما ساعد مختلف فروع المهنة علي الإنصهار وتذويب الحدود الفاصلة بين مجالات ممارستها وتعليمها ، فقد اتخذت رابطة الأخصائيين الاجتماعيين في بريطانيا بعد الحروب العالمية الثانية قرارا بضرورة الاخذ بمبدأ التعليم المشترك لكل الأخصائيين الإحتماعيين ، ولكن رغم الجهود التي بذلتها الروابط القومية أو الوطنية في كل من أميركا وبريطانيا ، إلا أن هناك روابط أثرت الاحتفاظ باستقلاليتها ولم تنضم الي الروابط القومية ، وذلك مثل رابطة ضباط المراقبة الاجتماعية ، ورابطة الاخصائيين الاجتماعيين النفسيين في بريطانيا ، وقد أثر هذا تأثيرا مباشرا علي وحدة المهنة وأدي الي تمزقها وتفتيتها في روابط فرعية كانت انعكاسا لمزيد من التمزق الإداري والتنظيمي لخدمات الرعاية الاجتماعية في بريطانيا إلي أن قدم " Seebom " تقريره الذي يدعو فيه الي توحيد الرعاية الاجتماعية وتنسيقها في سنة ١٩٦٨ م .

ولعل توحيد برامج الرعاية الاجتماعية تحت مظلة واحدة قد أدي الي قيام تنظيمات مطلبيه تضم مختلف المهن والتخصصات العاملة في الحكومات المحلية والمركزية ، وقد أصبحت هذه التنظيمات أكثر أهمية وأقوي نفوذا وأكثر عددا من روابط الخدمة الاجتماعية منفردة ، وقد تبين للأخصائيين الإحتماعيين الجدد بأن الروابط المهنية للأخصائيين الإحتماعيين تقف علي أرض هشة ولا تملك القوة التفاوضية أو قوة الضغط الذي تملكه الروابط المطلبية .

لقد كان التمسك بالمهنية مفخرة للأخصائيين الاجتماعيين في الستينات ، إلا أنه أصبح هناك تراجع واضح عن المثالية المهنية في السبعينات وحلت التنظيمات المطلبية محل التنظيمات المهنية ، وتضم التنظيمات المطلبية في بريطانيا جميع العاملين في حقل الخدمات الاجتماعية ، سواء كانوا مؤهلين أو غير مؤهلين في الخدمة الاجتماعية. وبهذه الظروف والأوضاع العالمية تأثرت الخدمة

الاجتماعية في الوطن العربي ،فبدلاً من التركيز علي التخصص علي المستوى  
المطلبي فقد توحدت الجهود مع المهن الاجتماعية، فقد توحدت روابطهم تحت  
مظلة واحدة علي المستوى الوطني، وحافظت علي تميزها علي مستوى  
التخصص كما هو الحال في مصر، كما أن هناك بلدانا تحاول أن توحد جهود  
العمل الإحتماعي المهني والمطلبي تحت مظلة واحدة ، وبنهاية السبعينات تم  
تكوين ما يزيد علي اثنتي عشرة رابطة قطرية للأخصائيين الإجتماعيين، كما  
تبذل جهود علي المستوى القومي العربي لتوحيد الأخصائيين الإجتماعيين تحت  
مظلة إتحاد الأخصائيين الإجتماعيين العرب الذي تم تكوينه سنة ١٩٧٨م. وقد  
اصدر الإتحاد العربي للأخصائيين الإجتماعيين مجلة متخصصة في الخدمة  
الاجتماعية ،وبالمثل تصدر الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين مجلة  
الخدمة الاجتماعية (عجوبة ، ١٩٨٨م) .

#### الخلاصة :

إن علي أساتذة الخدمة الاجتماعية ان يولونها مزيدا من الإهتمام في  
محاولات التأصيل ، فلا يعقل أن ندعي أن كل قيمها وأساليبها وطرقها المستوردة  
من الغرب هي نفسها موجودة في تراثنا العربي والإسلامي ، لقد ترعرعت  
الخدمة الاجتماعية في أحضان الكنيسة المسيحية ثم تبلورت في إطار مجتمعات  
ديمقراطية اكتسبت منها بعدها العلمي .

إن المحاولات يجب ان تبذل لإيجاد إطار قيمي للخدمة الاجتماعية في  
الوطن العربي ، فليس من المعقول أن يعتمد اساتذة الخدمة إلي تغيير هذه القيم  
كلما تغيرت النظم السياسية . ولذلك علي الدارسين إيجاد صيغة جديدة للمفهوم  
المهني للخدمة الاجتماعية .

إن ارتباط الخدمة الاجتماعية كمهنة أو مجال في طور النمو لا يعيبها أن  
ترتبط بعالم المرأة واهتماماتها سواء في البلدان الغربية أو في وطننا العربي ،  
ولعل المرأة اخذت بالخدمة الاجتماعية كمجال عمل لأنها — أي المرأة — كانت  
عرضة للحرمان ، شأنها شأن الفئات التي تخدمها الخدمة الاجتماعية ، ولذلك كان

من الطبيعي أن تتعكس الطبيعة الأنثوية لهذه المهنة علي مجالات تدريسها والتوظيف فيها ، شأنها شأن مهنة التمريض أو مهنة التدريس في المراحل الأولية، وقد أنتهي الزمن الذي تعاب فيه المهن لارتباطها بعالم المرأة ، وعلينا أن نوقن بهذا الإتجاه وندعمه ، خاصة في البلدان التي تضيق فيها فرص توظيف المرأة في المجالات الأخرى كما هي الحال في بعض بلدان الخليج ، ومن هنا قد تأخذ الخدمة الاجتماعية أبعادا أكاديمية جديدة وتوظيفية بدلا مما هو حادث في جميع أنحاء الوطن العربي ، حيث نجد أن وظائف الخدمة الاجتماعية مفتوحة أمام جميع التخصصات ، ومن هنا تتبع ضرورة إعادة النظر في العلاقة بين الخدمة الاجتماعية وغيرها من العلوم وخاصة علم الإجتماع الذي لا يختلف عن مجالات الخدمة الاجتماعية في مسألة التوظيف .

ولكي يعبر الأخصائيون الإجتماعيون عن مدي قوتهم عليهم أن يدعموا جهودهم القومية من خلال الإتجاهات والجمعيات العلمية القطرية والقومية ، كما أن علي مدارس الخدمة الاجتماعية ومعاهدها وكلياتها وأقسامها ان تتبادل خبراتها وجهودها من خلال إقامة إتحاد لمدارس الخدمة الاجتماعية في الوطن العربي .



## الفصل الثاني

### مبادئ الخدمة الاجتماعية وأخلاقياتها

هنالك مجموعة من العوامل أدت إلى الإهتمام بقضايا الخدمة الاجتماعية الأخلاقية، ومن هذه العوامل على سبيل المثال:

- التغيرات الاجتماعية والتكنولوجية السريعة التي فرضت مآزق قيمية جديدة على مهنة الخدمة الاجتماعية.
  - زيادة الإهتمام بالقضايا الأخلاقية من قبل مهنيين آخرين عاملين في مجال تقديم الخدمات الإنسانية كالأطباء مثلاً.
  - تحديات المستهلكين ومعارضتهم للسلطات المطلقة التي يتمتع بها المهنيون.
  - فرض مزيد من القيود على نظم الخدمة الاجتماعية وغيرها من مهن الخدمات الإنسانية من قبل أجهزة التمويل والمحاكم.
  - الإهتمام الإعلامي الواسع الإنتشار بالخروقات الشنيعة لحقوق العملاء من قبل العاملين من مختلف المهن.
  - المرونة السياسية الكبيرة في تناول تضارب وصراع المصالح بين أجهزة الخدمات الإنسانية وبين العملاء الذين تقدم لهم هذه الخدمات
  - الإعتراف المتنامي بالطرق التي يمكن تطويرها لتعكس بدائل وخيارات قيمية مهنية جديدة. و (2002) (et- al) Mattaini , Mark A.
- لماذا ندرس قيم الخدمة الاجتماعية ومبادئها ومعاييرها التي نمثل في مجملها ما يمكن أن نطلق عليه ميثاق الخدمة الاجتماعية لقد عدد لوينبرج Loewenberg خمسة أهداف لدراسة هذه المواثيق وهي:



١. الميثاق يعتبر مرشداً للأخصائي الإجتماعي ، في مواجهة المآزق الأخلاقية التي قد تنشأ أثناء الممارسة المهنية.
٢. حماية العملاء ( سواء كانوا أفرادا أو جماعات أو مجتمعات) من الممارسات الخاطئة في الخدمة الإجتماعية.( فالخدمة الاجتماعية ينبغي ألا يمارسها إلا مهني متخصص يحمل درجة البكالوريوس على الأقل في الخدمة الإجتماعية).
٣. تأكيد التنظيم الذاتي لعمل الأخصائي الإجتماعي بدلا من أن يكون تحت سيطرة المؤسسات الرسمية ( الحكومية) وأن يتصرف الأخصائي دون الرجوع للمؤسسة.
٤. تمكين زملاء المهنة من أن يكون لديهم منظومة من المعايير أو المقاييس للتعامل فيما بينهم .
٥. خامساً: حماية الأخصائيين الاجتماعيين الممارسين من المساءلة القانونية إلا من خلال التنظيمات المهنية.

### الميثاق الأخلاقي:

- حددت الرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين ( N A S W ) ستة أغراض أساسية لميثاقها تشمل مايلي (Congress , Elaine. (1998)
١. تحديد القيم الأساسية التي تقوم أو تستند إليها رسالة الخدمة الاجتماعية.
  ٢. يلخص الميثاق بصورة عامة القيم والمبادئ الأخلاقية التي تعكس لب القيم المهنية للخدمة الاجتماعية، كما يوفر الميثاق منظومة معايير أخلاقية محددة تتبعها أو تسترشد بها ممارسة الخدمة الاجتماعية.
- وعلى الرغم من أن مصطلحات القيم والأخلاقيات قد تستخدم في أدبيات الخدمة الاجتماعية وكأنها مترادفات، إلا أن بعض الدارسين في الخدمة الاجتماعية قد حاولوا إيجاد فروق بين هذه المصطلحات ، فالقيم يقصد بها كل ما هو حسن ومرغوب ، أما الأخلاقيات فيقصد بها كل ما هو حقيقي وصحيح ، والقيم المهنية مستقاة من قيم المجتمع وتمثله، أما الأخلاقيات المهنية فإنها على

العكس من ذلك ، لأنها أكثر خصوصية وهي عبارة عن موجهات حول كيفية ترجمة أعضاء المهنة للقيم في الواقع العملي ((Mattaimi , et – al , 2002).

٣. مساعدة الأخصائيين الاجتماعيين على تحقيق الإعتبارات ذات الصلة عندما تتعارض الإلتزامات الأخلاقية مع بعضها البعض أو عندما يواجه الأخصائي الاجتماعي مواقف مربكة من الناحية الأخلاقية.

٤. يوفر الميثاق معايير أخلاقية يستطيع عامة الناس محاسبة الخدمة الاجتماعية من خلالها.

٥. ينشئ الميثاق الممارسين الجدد على مجالات الممارسة ورسالة الخدمة الاجتماعية وقيمها ومبادئها ومعاييرها الأخلاقية ، حيث تعطي هذه القيم والمبادئ وزناً متساوياً ولا بد من الإلتزام بها في ممارسة الخدمة الاجتماعية.

٦. وضع معايير لمهنة الخدمة الاجتماعية يمكن أن توظفها في تقييم عملها لمعرفة ما إذا كان الأخصائيون الاجتماعيون قد أسهموا في سلوك غير أخلاقي ( مخالفة معايير الخدمة أو الخروج عليها يمكن أن يقود إلي مساءلات من قبل الرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين في أي بلد من البلدان).

٧. إن الأغراض السابقة لمواثيق الخدمة الاجتماعية لاتعني بحال من الأحوال بأن هذه المواثيق تستجيب أو تحل كل التساؤلات أو المشكلات التي تطرأ أو تواجه الأخصائي الاجتماعي أثناء الممارسة ، ولذلك فإن هذه المواثيق يجب أن تحتوي على قدر كبير من المرونة أثناء تطبيقها، وعلى الأخصائي الاجتماعي أثناء الممارسة أن يتقيد بشكل مرن بالمبادئ التالية:

١/ إخطار العملاء أو تمليكهم المعلومات التالية:

أ/ التحديات الأخلاقية التي يواجهها العميل أثناء الرعاية المؤسسية .

ب/ إن الخدمات قد تكون محدودة نتيجة لوجود طرف ثالث.

ج/ مميزات أو فوائد إلتزام العميل بالخطة العلاجية.

د/ الكفاءة الأخلاقية للأخصائي الاجتماعي ومنها:

١) يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الإجتماعي خلفية ثقافية سواء كانت مماثلة أو مغايرة لثقافة العميل.

٢) أن يضع الأخصائي الإجتماعي في إعتباره أن تشخيصه للحالة يتأثر بتأثيراً مباشراً بالخلفية الثقافية للعميل لكي يتحمل المسؤولية القانونية في تعامله مع العملاء.

٣) تفهم ثقافة العملاء وأن يصدقهم القول ويلتزم بما وعد.

٤) إذا واجه الأخصائي الإجتماعي مشكلة لغوية في التعامل مع العملاء فإن عليه الإستعانة بمترجم على معرفة تامة بلغة العملاء.

٢/ عدم الدخول في علاقات مزدوجة مع العملاء: (Dual Relationships)

أ/ على الأخصائي الإجتماعي أن لا يدخل في علاقات مزدوجة مع العملاء الحاليين أو السابقين كأن يدخل مع العملاء في صفقة تجارية أو علاقة عاطفية خاصة وهو يقوم بعلاجهم.

ب/ وإذا حدثت علاقة مزدوجة فلا بد من وضع حدود لها والتراجع عنها.

ج/ كلما أمكن تجنب العلاقة المزدوجة ، فإن على الأخصائي الإجتماعي أن يبادر إلى ذلك.

٣/ مبدأ السرية: (Confidentiality)

أ- في كل الأحوال فإن على الأخصائي الإجتماعي المحافظة على سرية البيانات والمعلومات الخاصة بالعميل.

ب- تتم المحافظة على السرية ما لم تترتب على هذه السرية أضرار يمكن أن تلحق بالعميل أو بغيره من الناس.

ج- الحفاظ على مبدأ السرية ما لم يتطلب القانون البوح بها أو الإفصاح عنها.

د- إن مبدأ السرية لا ينطبق على الأموات من العملاء ما لم يترتب على الإفشاء بالسرية ضرر على آخرين أحياء.

هـ- مبدأ السرية ينطبق على المعلومات الشفاهية والتقارير المكتوبة.

و- لابد من الحفاظ على السرية خلال إستخدامات الحاسب الألي أو البريد الإلكتروني الذي يخص العميل أو الهاتف النقال.

ز- على أساتذة الخدمة الاجتماعية أو المدربين أو المشرفين على التدريب الميداني عدم إستخدام سجل الحالات في تدريس الطلاب أو تدريبهم مالم يأذن العميل بذلك أو مالم يتم تمويه الأسماء أو المعلومات أو البيانات الشخصية.

- وفي النهاية فإن المقصود بمبدأ السرية هو المحافظة على البيانات الخاصة بالعميل وعدم كشفها أبو البوح بها أو تداولها إلا لأغراض مأذون بها قانونياً ، والسرية مبدأ مبني على حق أساسي للعميل وهو حق الخصوصية وهي واجب أخلاقي يلتزم به الأخصائي الإجتماعي.

٤/ إحترام العميل وعدم التهوين من شأنه وفقاً للآتي:- ( Respect )

أ- على الأخصائي الإجتماعي أن لا يستخدم القوة الجسدية في علاقته مع العملاء أو التهديد بإستخدامها.

ب- على الأخصائي الإجتماعي الإستجابة إلي رجاءات أو إلتماسات العميل.

ج- ألا يوجه الأخصائي الإجتماعي الإجتماعي إساءات أو ألفاظ بذيئة أو سوقية للعميل وألا يستخدمها أثناء تواجد العميل.

د- على الأخصائي الإجتماعي أن يمتنع عن أي نوع من التحرشات الجنسية في تعامله مع العملاء أو التهديد بإستخدامها.

هـ- على الأخصائي الإجتماعي أن يمتنع عن أي نوع من التحرشات في تعامله مع العملاء سواء كانت جنسية أو عقلية أو غير ذلك.

٥/ مبدأ تفريد الحالة: " individualization "

لقد كان عمل المنظمات الخيرية طوال العصور يركز على الخدمات التي تقدم للأفراد، وقد كان العمل الفردي يتطلب تفريد الحالة بمعنى الوصول إلى ما يميز كل حالة عن الحالات الأخرى، وعملية تفريد الحالة بدأت في الولايات المتحدة بصورة أولية أو بدائية أو فطرية أو عفوية من خلال ما كانت تقدمه جمعيات تنظيم الاحسان وقد كان تفريد الحالة يتطلب الآتي:



- أ- استقصاء شبه قانوني للحالة ( عملية تحري ).
- ب- التحري الغرض منه جمع الحقائق في ملف يخص الحالة ( سجل الحالة ).
- ج- هذه المرحلة كانت تتسم بالبرود والرتابة في العلاقة بين الأخصائي الاجتماعي والعميل.
- د- كان الأخصائي الاجتماعي في غالب الأحوال يعمد لتقديم النصيح والوعظ والإغراء والحث في تعامله مع العميل.
- هـ- في هذه المرحلة اضافت ميري ريتشموند "Mary Richmond" ضرورة أن تتسم العلاقة بين الأخصائي والعميل بالدفع في مرحلة تسجيل الحقائق أو الحصول عليها.
- و- أن تتم المعالجة للعميل أو التعامل معه كإنسان بعينه باختلافاته الشخصية عن الآخرين سواء في مرحلة الدراسة أو التشخيص أو العلاج.
- ز- التفريد لا يعني على الإطلاق عزل العميل عن مجتمعه ، ولذلك لابد من مراعاة التوازن بين العميل والمجتمع الذي يعيش فيه وانماطه وسلوكياته، وبما أن العميل يختلف عن الآخرين، ويحتاج إلى مساعدة مختلفة أيضاً عن الآخرين، فإن الخدمة الاجتماعية تشبع احتياجات جديدة تختلف من عميل لآخر وفقاً لمقدرته ومواهبه التي تساعد على وعيه بهذه المشكلة التي يعاني منها، سواء كان على وعي بهذه المشكلة أو على غير وعي بهذه المشكلة، وفي كل الأحوال، فإن من واجب الأخصائي الاجتماعي أن يساعد العميل على الوعي الكامل بالمشكلة التي يعاني منها، وأن يعترف بها وأن يشارك في حلها، ولذلك يستطيع أن يتجاوزها ، وبالتالي فإن دور الأخصائي الاجتماعي في تفريد الحالة يقوم على الأسس التالية:
- ح- الأسس التي يقوم عليها دور الأخصائي الاجتماعي في تفريد الحالة:
- ( ١ ) الإلمام والمعرفة الشخصية العميقة بالسلوك البشري ودوافعه وأنواعه واتجاهاته.



(٢) أن يتحرر الاخصائي الاجتماعي من الانحياز والتمييز سواء ضد العميل أو معه، وخاصة في المجتمعات متعددة الأعراق والديانات والثقافات واللغات مثل المجتمع السوداني.

(٣) أن تكون لدى الاخصائي الاجتماعي القدرة على التواصل الفردي مع العميل والاستماع اليه وملاحظته، ويقصد بالملاحظة التعابير غير الشفهية خاصة الانفعالات التي يعبر عنها بالإشارة أو ترتسم على الوجه أو العين أو وقفة الانسان أو وضعه الجسدي وان تكون لدى الاخصائي الاجتماعي المقدرة على مساهمة خطوات العميل وإيقاعاته أثناء التواصل، بمعنى أن يكون للمقابلة إيقاع محدد.

(٤) القدرة على تلمس مشاعر العميل والاحساس بالعميل، ولذلك لابد أن تتسم العلاقة بينهما بالمودة.

#### ٦/ التعبير الهادف عن المشاعر: "Expressive Feelings"

التحدي الأساسي الذي يواجه أي مهني في عمله هو كيفية ضبط مشاعره وانفعالاته، وتسمى عملية ضبط الانفعالات بالصرامة المهنية، والصرامة المهنية تقتضي قدرًا من المرونة، فالمرونة تظهر في تعابير وجه الاخصائي الاجتماعي أثناء تعامله مع العميل، ولذلك فإن عليه أن لا يظهر الغضب أو الرضا الزائد عن الحد بمعنى (أن يحافظ على التوازن في مشاعره) فالحفاظ على التوازن لا يعني الرتابة في التعامل مع العملاء، كما أن عليه ألا يسمح بالانفعالات في المشاعر بدرجة يمكن أن تكون على حساب وقته أو جهده، فكثيراً ما يعبر بعض العملاء بالبكاء عن انفعالاتهم، وفي هذه الحالة فإن على الاخصائي الاجتماعي أن يصبر على العميل، وأحياناً قد يعبر العميل عن انفعالاته بالضحك، وقد يبلغ درجة الضحك الهستيري (المرضي) وأيضاً على الاخصائي الاجتماعي عدم الافراط إما في الشدة أو الرضا، وفي بعض الأحيان فإن العملاء قد يتسمون بتقلب المزاج أو المراوغة، وفي هذه الحالة فإن على الاخصائي الاجتماعي أن يتبع من الوسائل والتقنيات التي يحافظ بها على اتساق العميل بالتعبير عن مشاعره وخاصة عندما يبدي مشاعر متناقضة أو متعارضة.

ويعرف التعبير الهادف عن المشاعر بأنه الاعتراف بحالة العميل والسماح له بالتعبير عن مشاعره بحرية، خاصة مشاعره السلبية، ومن واجب الاختصاصي الاجتماعي أن تكون لديه القدرة على الإنصات المهني أو الإستماع، بمعنى أنه يجب عليه أن لا يدين تعبير العميل عن مشاعره، بل إن عليه القيام بتشجيعه وحثه على هذا التعبير لأنه يسهم في العملية العلاجية.

#### ٧/ مبدأ عدم الإنغماس الانفعالي مع العميل وفقاً لما يلي:

- أ- مساعدة العميل، وتتطلب تأسيس مشروعيته لتقديم المساعدة له.
- ب- الحصول على بيانات محددة لإقناع الجهات المقدمة لهذه المساعدة كالمساعدة التي يقدمها ديوان الزكاة أو صندوق دعم الطلاب.
- ج- لكي لا يصاب العميل بخيبة أمل، فإن على الاختصاصي الاجتماعي الكامل والدقيق بسياسات المؤسسة التي يعمل فيها واجراءات الوصول للمساعدة والاحقيات والموارد المتاحة لها لمساعدة العملاء، كما أنه لا بد من توفر الامكانيات المتاحة لمساعدة العملاء، ففي كثير من الأحيان قد يواجه الاختصاصي الاجتماعي مأزقاً اجتماعياً وذلك عندما يدرك الحاجة الماسة والملحة للعميل ولكن النظم لا تتيح له فرصة تقديم المساعدة لأي سبب من الأسباب كإنعدام المواطنة مثلاً.

#### ٨/ مبدأ القبول: "Acceptance"

- أن يتقبل الاختصاصي الاجتماعي العميل ( وبعد موافقة كلى الطرفين على العمل معاً) كما هو وليس كما يجب أن يكون وفقاً لما يلي:
- أ- القبول عملية متبادلة ولذلك فإن على العميل ان يتقبل الاختصاصي الاجتماعي ايضاً.
  - ب- على الاختصاصي الاجتماعي ألا يدين العميل وإلا يشعر بالصدمة تجاه العميل لمجرد سلوكه الذي يختلف بدرجات متفاوتة مع الاختصاصي.
  - ج- على الاختصاصي ألا يتعجل في تشخيص حالة العميل.

د- ليس من واجب الاخصائي الاجتماعي الكشف عن العيوب، ولكن من واجبه الكشف عن عناصر القوة.

٩/ عدم إصدار احكام تصم العميل بأوصاف معينة منها مثلاً: "Stigmatization"

أ- عدم تجريم العميل أو لومه.

ب- عدم تحميله مسئولية المشكلة التي يعاني منها.

ج- على الاخصائي الاجتماعي أن يدرك الفروق الفردية بينه وبين العميل والا يحاول ان يجعل العميل صورة طبق الاصل منه.

١٠/ مبدأ تقرير المصير: Self – Determination

من المبادي المبكرة في الخدمة الاجتماعية ويرجع العمل به منذ العشرينات وثلاثينات القرن الماضي وهو مبدأ مستمد من الفلسفة الليبرالية ( الحرية الفردية) ومن مواثيق حقوق الانسان، ويقصد به:

أ- مشاركة العميل في الوضع الخطة العلاجية وموافقة عليها.

ب- ان يحدد العميل اختياراته بنفسه، بمعنى أن على الاخصائي الاجتماعي أن يتيح للعميل بدائل عديدة لحل مشكلته، ثم يختار العميل البديل الذي يناسبه.

ج- أن يتحمل العميل مسئولية اتخاذ قراراته لتحقيق مصيره.

د- مبدأ تقرير المصير يعني الاعتراف العملي بحق العميل في الحرية، لذلك فإن من واجب الاخصائي الاجتماعي أن يحترم ويقرر مشاركة العميل في تقرير مصيره.

هـ- مبدأ تقرير المصير لا يطبق تلقائياً على كل العملاء ، فهناك من العملاء من لا يستطيعون أن يقرروا لأنفسهم، فالمرضي العقليون أو القصر لا يقررون لانفسهم ولذلك يترك القرار لمن ينوب عنهم. وهناك من العملاء من يتخذون قراراً خاطئاً كالإقدام على الانتحار أو محاولته كما أن هناك من يقدمون على اتخاذ قرارات وتكون منافية للأخلاق أو القوانين.

## ١١/ مبدأ إنهاء العلاقة المهنية: Termination

على الاخصائي الاجتماعي أن ينهي علاقته مع العملاء وخدماتهم وذلك عندما لا تكون هناك أي ضرورة لهذه العلاقات أو الخدمات ولا تشبع احتياجاتهم أو تخدم مصالحهم.

### العلاقة بين المبادئ والقيم:

يمثل الميثاق الأخلاقي للرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين (NASW) نموذجاً يمكن أن يحتذى به في السودان علي الرغم من تحفظاتنا علي بعض الفقرات أو المواد أو المبادئ أو القيم التي لا تتفق مع قيمنا الدينية في السودان ، كالقيم الخاصة باختيار بعض أساليب الحياة الجنسية سواء كانت خاصة بالأخصائيين الاجتماعيين أنفسهم أو بالعملاء ، ومقابل كل قيمة من القيم حدد الميثاق مجموعة من المبادئ وفقاً لما يلي :

القيم	المبادئ
١- الخدمات	* الهدف الأساسي للأخصائيين الاجتماعيين هو مساعدة المحتاجين ومعالجة المشكلات الاجتماعية .
٢- العدالة الاجتماعية	* على الأخصائيين الاجتماعيين مواجهة عدم العدالة الاجتماعية ومواجهة الظلم أي كان نوعه في تقديم الخدمات .
٣- احترام كرامة الإنسان وإعطاؤه قيمته .	* على الأخصائيين الاجتماعيين أن يحترموا الكرامة المتأصلة للإنسان وقيمه كإنسان بغض النظر عن أوضاعه الاقتصادية أو الاجتماعية أو النفسية أو العرقية أو الدينية .
٤- أهمية العلاقات الإنسانية .	* على الأخصائيين الاجتماعيين أن

<p>يعطى أهمية قصوى للعلاقات الإنسانية سواء فيما بين الناس جمعياً أو بين الأفراد والأسر والجماعات الاجتماعية والمنظمات والمجتمعات .</p>	
<p>* على الأخصائيين الاجتماعيين أن يسلوكوا سلوكاً قوياً وموثوقاً به، وأن يكونوا على وعي برسالة الخدمة الاجتماعية وقيمها ومبادئها الأخلاقية ، ومستويات ومعايير ممارستها بصورة متسقة لا تتعارض ولا تتناقض فيما بينها ، بمعنى أن يكون الأخصائي الاجتماعي أميناً ومسئولاً عن ترقية وتطوير الممارسات الأخلاقية للمنظمة التي ينتسب إليها .</p>	<p>٥- الاستقامة.</p>
<p>* على الأخصائي الاجتماعي أن يمارس عمله في إطار صلاحياته، وأن يكون كفاً وقادراً على تطوير وترسيخ خبراته المهنية بزيادة معارفه ومهاراته وإخضاعها للتطبيق العملي.</p>	<p>٦- الكفاءة.</p> <p>Congress, Elaine (1998) Social work values And Ethics ,Chicago, Nelson Hall</p>

### العلاقة بين المسؤوليات والمعايير :

يتضمن الميثاق الأخلاقي لرابطة الأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين تحديداً دقيقاً للعلاقة بين مسؤوليات الأخصائيين الاجتماعيين وبين معايير ومقاييس ممارسة الخدمة الاجتماعية وفقاً لما يلي :



المعايير	المسؤوليات
<p>١- الإلتزام بالعمل على رفاهية العملاء وسعادتهم .</p> <p>٢- إعطاء العملاء حق تقرير المصير .</p> <p>٣- الموافقة على تقديم الخدمات لهم .</p> <p>٤- الكفاءة المهنية.</p> <p>٥- الكفاءة الثقافية واحترام التعددية .</p> <p>٦- تجنب صراع الاهتمامات والمصالح بين العملاء والمجتمع ، مع الإنحياز للعميل في حالة تضارب هذه المصالح مع بعضها البعض .</p> <p>٧- الخصوصية والسرية.</p> <p>٨- الاطلاع على سجلات العملاء بحيث يقتصر على الأشخاص المأذونين بذلك .</p> <p>٩- الإبتعاد التام عن العلاقات أو التحرشات الجنسية مع العملاء كالاحتكاك الجسدي أو الملامسة أو المغازلة.</p> <p>١٠- عدم استخدام الألفاظ والعبارات السوقية أو البذيئة أو النابية.</p> <p>١١- عدم أخذ رسوم أو أجور على ما يقدمه من خدمات</p>	<p>١- مسؤوليات الأخـصائي الاجتماعي تجاه العملاء .</p>

٢- مسؤوليات الأخـصائيين  
الاجتماعيين تجاه زملائهم .

٣- مسؤوليات الأخـصائيين  
الاجتماعيين في مؤسسات عملهم .

١٢- اتخاذ القرارات الصائبة في حالة  
عجز العميل .  
١٣- عدم انقطاع الخدمات .  
١٤- اتخاذ التدابير لإنهاء العلاقة  
المهنية بمجرد الانتهاء من العملية  
العلاجية .

١- الاحترام المتبادل مع الزملاء .  
٢- المحافظة على أسرارهم  
وخصوصياتهم .  
٣- التكامل مع المهن الأخرى والعمل  
كفريق .  
٤- حل المنازعات والخصومات بين  
الزملاء .  
٥- استشارة لزملاء.  
٦- إحالة العملاء بزملاء آخرين حسب  
ما تتطلبه الحالة.  
٧- تجنب العلاقات الجنسية التي تنم  
عن استغلال علاقة الزمالة .  
٨- عدم التحرش الجنسي بزملاء  
العمل .  
٩- معالجة قصور أو تقصير الزملاء.  
١٠- الكشف المقتن عن عدم كفاءة  
الزملاء .

١١- الكشف عن السلوك غير الأخلاقي للزملاء .

١- تقديم النصائح والإرشادات.

٢- التعليم والتدريب.

٣- تقويم الأداء.

٤- المحافظة على سجلات العملاء .

٥- تصنيف الخدمات.

٦- تحويل العملاء.

٧- الالتزام باللوائح والنظم الإدارية .

٨- الالتزام والوفاء للمؤسسة التي يعملون فيها.

٩- حل منازعات العمل الداخلية بين العاملين وبين المخدمين .

١- الكفاءة المهنية.

٢- تجنب الانحيازات في تقديم الخدمات .

٣- مراعاة الانضباط السلوكي الشخصي والمهني.

٤- عدم الخيانة والتزوير والغش والخداع.

٥- عدم الخلط بين المشاكل الشخصية ومتطلبات العمل.

٦- الظهور بالمظهر الحسن واللائق .

٤- مسؤوليات الأخصاصيين الاجتماعيين تجاه مهنة الخدمة الاجتماعية .

٥- مسؤوليات الأخصاصيين الاجتماعيين تجاه المجتمع .

٦- مسؤوليات الأخـصائيين  
الاجتماعيين تجاه الأقليات  
الاجتماعية .

٧- عدم التدخل فيما لا يعنيهـم .

٨- رد الجميل لأهله والعرفان لهم  
وعدم الجحود أو التكر بفضائلهم  
وإحساناتهم .

٩- الاستقامة.

١٠- التقويم والبحث.

١- رفاهية المجتمع .

٢- المشاركة الجماهيرية.

٣- المشاركة في حالات الشدة  
والأزمات والكوارث والطوارئ  
والنكبات المروعة.

٤- المحافظة على الحقوق السياسية  
والاجتماعية لكافة الناس على وجه  
العموم والمحرومين على وجه  
الخصوص.

١- التوفيق بين أخلاقيات الخدمة  
الاجتماعية وقيمها وأخلاقيات وقيم  
الأقليات الاجتماعية .

٢- الوعي بأبعاد ومتطلبات تنوع  
الهويات الثقافية وتعددتها في المجتمع .

٣- أن يكون الأخصائيون الاجتماعيون  
على إلمام بمختلف الثقافات سواء فيما  
يتعلق بتاريخها أو عاداتها أو حجمها أو

- نظمها الأسرية أو طرق تعبيراتها الفنية.
- ٤- أن تتوفر لدى الأخصائيين الاجتماعيين مهارات تمكنهم من العمل مع كل الثقافات المتنوعة داخل المجتمع.
- ٥- أن يكون الأخصائيون الاجتماعيون على إلمام تام بالخدمات المتاحة التي يمكن إن تستفيد منها الأقليات، وإزالة العقبات التي تواجه هذه الأقليات وخاصة المعوقات والصعوبات اللغوية .
- ٦- تمكين الأقليات والدفاع عنها .
- ٧- الحرص على تنويع وتوظيف الأخصائيين الاجتماعيين من مختلف الثقافات والتنوع في التوظيف .
- ٨- التدريب وإعادة التأهيل الثقافي للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الأقليات.
- ٩- مراعاة التنوع اللغوي في الإصدارات والمخاطبات الرسمية الشفهية والمكتوبة .
- ١٠- الحرص على تطوير وتمكين قيادات مهنية وسياسية واجتماعية وثقافية من بين الأقليات داخل المجتمع .
- (Congress, 2002).



## الفصل الثالث

### مآزق الخدمة الاجتماعية مع المعاقين عقلياً

يواجه الأخصائيون الاجتماعيون مآزق أو معضلات في التعامل مع المعاقين عقلياً أو ما يطلق عليه ( Ethical dilemmas in mental health ) المآزق الأخلاقية في مجال الصحة العقلية ( Congress , 2002 )

- تهتم مبادئ الخدمة الاجتماعية في ممارستها مع المعاقين بالمؤسسات التي تأوى أو تقدم خدماتها بصورة منتظمة للمعاقين وذلك مثل:

١/ المستشفيات النفسية والعصبية ( مستشفى التجاني الماحي).

٢/ المصحات النفسية والعقلية. ( مستشفى عبد العال الإدريسي)

٣/ مراكز رعاية الأطفال المعاقين ذهنياً ( مراكز رعاية الأطفال التوحديين أو الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد ( Autism ).

فالمبادئ الأخلاقية تحرص على المحافظة على خصوصية العملاء وهذا النوع من العمل يتطلب وفقاً لمبدأ تقرير المصير إتاحة فرص أو خيارات عديدة للعميل يختار من بينها ما يريد ( وفي بعض الحالات نجد أن من يرافق العميل هو الذي يختار ) ولذلك نصت المبادئ الدولية بما فيها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ولحقوق الطفل ولحقوق المعاقين على ما يلي:

١. الحقوق المتساوية لجميع الناس في إشباع إحتياجاتهم الإنسانية الأساسية بما فيها تأمين الحد الأدنى من الدخل:

أ- (الضمان الاجتماعي) وهذا يعطي حسب الحاجة.

ب- الحد الأدنى من التعليم الإلزامي والمجاني والعام دون تمييز بين البنات والأولاد والثقافات والأعراق والجهات والطبقات.

ج- الحد الأدنى من الرعاية الصحية الأولية والعلاج المجاني.  
د- التأمين ضد البطالة وتوفير فرص العمل أو التأمين النقدي في حالة التعرض للبطالة.

هـ- توفير الحد الأدنى من المأوى لمحاربة التشرد.

٢. بما أن المرضى العقليين قد يكونون في حاجة للحماية من المخاطر، فإن على الأخصائي الاجتماعي أن يحافظ ويتعامل بحذر مع خصوصيات العملاء وأسرارهم (مبدأ السرية) وكما يقول أحد الباحثين فإن على الأخصائي الاجتماعي أن يناضل من أجل الحفاظ على أسرار العملاء في عالم لا أسرار فيه.

٣. المواثيق الأخلاقية المهنية والدولية الخاصة برعاية المعاقين أصبحت تتطلب من الأخصائي الاجتماعي والنفسي:

أ - أن يستخدم مقياساً عالمياً متفق عليه لتصنيف المعاقين.

ب - المقياس الدولي والذي تبنته منظمة الصحة العالمية.

World Health Program وهو المقياس الذي يطلق عليه الدليل

الأحصائي والتشخيصي للإعاقات الذهنية ويعرف اختصاراً بـ DSMIV.

أ- الدليل الأحصائي والتشخيصي للإعاقات الذهنية يطبق في حالات الإعاقة الشديدة .

ب- على الرغم من أن الحالات الشديدة للإعاقات الذهنية قد لا تتطلب موافقة العميل على العلاج أو التواصل مع من يريد إلا أن هذا المبدأ يمكن تجاوزه لأن العميل في هذه الحالة لا يستطيع أن يقرر لنفسه ورغم ذلك لابد من التمسك بمبدأ تقرير المصير مع من ينوب عن العميل كما أنه لابد من التمسك بمبدأ السرية.

العملاء من ذوي الإعاقات الذهنية يعانون في غالب الأحوال من :

- ١/ قصور في الإدراك.
- ٢/ القصور في أداء وظائفهم الإنفعالية أو العاطفية.
- ٣/ القصور قد يقوده أو لا يقوده لطلب العلاج.
- ٤/ على الأخصائي الاجتماعي بوصفه خبيراً أن يقدم للعميل أفضل أنواع العلاج سواء فيما يتعلق بالإضطراب العاطفي أو الإنفعالي الذي يعاني منه العميل.
  - تحديد ما حدث له.
  - كيف يمكن مساعدته.
  - ماهي إهتماماته وقيمه وأهدافه.
  - تفسير سلوكيات العميل وتحديد ما إذا كانت تتطابق مع السلوك السوي أو لا تتطابق.
  - تحديد كيف أن أفكار العميل وأفعاله تؤدي إلى أنواع معينة من الخلل في سلوكه والصعوبات في حياته وكيف يمكن التغلب على هذه الصوبات.
- ٥/ هناك مجموعة من المشكلات التي يعتبرها الدارسون فيما يتعلق باستخدام الأخصائي الاجتماعي للدليل الإحصائي والتشخيصي للإعاقات وذلك للأسباب التالية:
  - أ. من الناحية الأخلاقية مثلاً فإن على الأخصائي الاجتماعي أن لا يقول وفقاً للتشخيص أن العميل يعاني من انفصام في الشخصية أو أن العميل منقسم شخصياً.
  - ب. في الغالب يبالغ الأخصائيون الاجتماعيون في تحديد درجة الإعاقة إما التقليل من شأنها وإما أن يبالغوا في تشخيصها.
  - ج. الرعاية المؤسسية الدائمة سواء في المستشفيات أو في دور الرعاية قد تشكل خطراً على العميل في مستقبل حياته وهي ما يعرف بالتطبع على الحياة المؤسسية والتي تؤدي إلى حرمان العميل من حقه في الاختيار.

د. في كل الأحوال تفضل الرعاية البيئية ( الأسرية ) على الرعاية المؤسسية وفي مجال الرعاية نجد أن العالم قد أغلق كثيراً من أنواع الرعاية المؤسسية إلا في حالات الضرورة .

هـ. قد يواجه الأخصائي الاجتماعي مشكلة في تحديد المعايير والضوابط والاختيار بين أن يبقى العميل طليقاً أو يودع في المؤسسات.

و. العمل مع حالات الإعاقات الذهنية الشديدة يتطلب عمل فريق متكامل مع المهنيين بما في ذلك أطباء الأطفال والباطنية وأطباء المخ والأعصاب والطب النفسي وأطباء الأذن والسمع وإختصاصيو النطق والكلام والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون وأخصائيو العلاج الطبيعي والأخصائيون في العمل مع ذوي الحاجات الخاصة على أن يكون دور الأخصائي الاجتماعي دور المنسق بين أعضاء فريق العمل ( Team Work ).

ز. الحالات التي يطبق عليها الدليل الإحصائي والتشخيصي رقم DSMIV هي حالات اضطراب طيف التوحد.

ووفقاً للدليل الإحصائي التشخيصي لرابطة علماء النفس الأمريكيين DSMIV وفقاً للدليل الإحصائي للإعاقات الذهنية والعقلية فقد أطلقوا على مجموعة من الإعاقات العقلية مسمى ( اضطرابات ) ( طيف التوحد ) أي الإضطرابات النمائية الشاملة (PDD) وهي:

١. اضطرابات التوحد الصريح وهو يصيب الأولاد أكثر من البنات
٢. وهناك نوع أخف منه وهو (Asperger) ونسبة الإصابة به بين الأولاد (١٠-١) بنات وقد إكتشفه عالم نسب إليه
٣. وهناك اضطرابات النمو الشاملة غير المصنفة وهي (PDD).
٤. اضطرابات ريت.
٥. اضطرابات خلل الطفولة فهي لايمكن تصنيفها ويطلق عليها Disorder وكل هذه الحالات الخمس تعاني من قدر متفاوت من المشكلات التالية:

١/ قصور في التفاعل الإجتماعي.

٢/ قصور في التواصل اللغوي الإشارة وغيرها .

٣/ أنماط السلوكية الشاذة أو الغريبة.

أولاً: القصور في التفاعل الإجتماعي:

وكل هذه الأنواع من القصور يمكن أن تتمثل أو تتضح في الأعراض التالية:

أ. لايهتم بال صداقات أو صنعها.

ب. يفضل أن يكون وحيداً بدلاً من الاندماج مع الآخرين ولا يقلد الآخرين.

ج. لا يتفاعل كلية في اللعب مع الآخرين.

د. يتجنب التواصل البصري.

هـ. لا يبتسم بصورة طبيعية وإذا ابتسم أضحك يكون بصورة مستفزة.

و. لايحس بالآخرين من حوله.

ثانياً: القصور في التواصل اللغوي والإشارات:

أ- يتمثل في أن لديه مشكلة في المحافظة على المحادثة على الرغم من أن لديه مهارات لغوية في بعض الأحيان.

ب - الخلط بين الضمائر، وقد يعيد آخر عبارة سمعها كما هي (الببغاوية)

ج - ليس لديه القدرة على الخيال والتمثيل .

د - لا يستطيع إستخدام الإشارات المألوفة ( كإشارة مع السلامة).

هـ - لا يستطيع التواصل من خلال الكلمات المنطوقة والإشارات.

ثالثاً : الأنماط السلوكية الشاذة أو الغريبة:

أ. التعلق أو الهوس بموضوعات معينة.

ب. يستطيع القراءة في وقت مبكر ولكن لا يستطيع توظيف الكلمات.

ج. الإهتمام المكثف باللعب الميكانيكية ويمكن أن يصف لعبات الحيل مثل (المكعبات).



- د. يتسم بالخمول أو النشاط الزائد عن الحد.
- هـ. لا يستجيب لطلبات الآخرين حتى لو كانوا مألوفين لديه.
- و. هو شخص أخرج في أكله، والهيجان المتكرر بدون سبب قد يكون من سماته كالسلوك العدواني وإلحاق الأذى بالنفس والآخرين.
- ز. إلحاق الأذى بالنفس دون الإحساس بالألم.

المعايير الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الإعاقات النمائية الشاملة:  
( اضطرابات طيف التوحد )

في خلال الثمانينات من القرن الماضي زاد الاهتمام المهني للأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الإعاقات النمائية في الولايات المتحدة الأمريكية ومن ثم إستجابة الرابطة الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين NSW لتلك الاهتمامات وقد طورت الرابطة الوطنية للعاملين في حقل الخلل العقلي أو القصور العقلي معايير أخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية في المواقع التي تقدم خدمات لذوي الإعاقات النمائية وفقا لما يلي:

**المعيار الأول:** إلزام الأخصائيين الاجتماعيين بأخلاقيات وقيم الخدمة الاجتماعية وأهدافها.

**المعيار الثاني:** على جميع الأخصائيين الاجتماعيين الإلتزام بمنظومة من المبادئ ذات الصلة بالإعاقات النمائية وأن هذه المبادئ يجب أن تقود أو توجه ممارساتهم المهنية وتشمل هذه المبادئ المحافظة على العملاء في بيئات تتسم بالمرونة ما أمكن ذلك، وتقديم المساعدة لهؤلاء العملاء ولأسرهم طالما ظلوا على قيد الحياة وتوظيف الحد الأقصى من مقدراتهم والحرص على حقوقهم الفردية وكرامتهم الشخصية.

**المعيار الثالث:** على ممارسي الخدمة الاجتماعية والبحوث فيها أن يسعوا إلى الحماية أو التقليل من حالات حدوث الإعاقات النمائية ولذلك فإن

على الأخصائيين الإجتماعيين أن يكونوا على وعي بالعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ذات الصلة أو المتصلة بالإعاقات النمائية وخاصة العوامل ذات الصلة بظاهرة الفقر وتداعياته سواء كانت هذه التداعيات للإعاقة من الدرجة الأولى (خفيفة) أو ثانوية (متوسطة) أو ثالثة (شديدة).

**المعيار الرابع:** على الأخصائيين الإجتماعيين أن يشاركوا في مدخل فريق العمل المتكامل لإشباع إحتياجات العملاء من ذوي الإعاقات النمائية ، وعمل الفريق يحرص على أن يؤكد الأبعاد المتعددة الإتجاهات لإحتياجات العملاء كما يؤكد على أهمية المنظور التكاملي لمختلف العلوم وصياغتها في خطة واحدة أو في منظومة من التوصيات الخاصة بالعمل أو بالبرنامج.

**٥/ المعيار الخامس:** يجب أن تتضمن وظائف برنامج الخدمة الاجتماعية خدمات محددة لفئة السكان والمجتمع المحلي الذي ينتمي إليه هؤلاء العملاء، وتتضمن هذه الخدمات تقييم البرامج والتخطيط والوصول إلى مظان الظاهرة والدفاع والوقاية والحماية وتقديم الخدمات والرعاية بصورة مستمرة وإشباع الإحتياجات غير المشبعة وخدمات لفئات السكان المعرضين للمخاطر وخدمات التواصل مع المجتمع والتنسيق بين هذه الخدمات ، ولكي ينفذ الأخصائي الإجتماعي أو يلتزم بهذه المعايير فقد حدد كولي وآخرون Cole أربعة مجالات لإظهار مدى كفاءة الأخصائيين الإجتماعيين بمعنى آخر أنه على الأخصائيين الإجتماعيين العاملين في مجال الإعاقات النمائية ومع أسر من يعانون من إعاقات من الأطفال أن يتمكنوا أو يسيطروا على هذه المجالات الأربعة وهي:

- (١) الوعي بالظروف العامة التي تؤدي إلى تعطيل أو تأخير النمو في مراحل مبكرة من الحياة.
  - (٢) الوعي بالآثار السلبية التي تتركها هذه الإعاقات على الأسرة أو بمعنى آخر وقع الإعاقة على الأسرة.
  - (٣) الوعي بالموارد المجتمعية التي يمكن أن تقدم خدمات للأطفال من ذوي الإعاقات النمائية وأسرهـمـ.
  - (٤) الوعي بالأدوار التي يمكن أن يلعبها الأخصائي الاجتماعي مع الأطفال ذوي الإعاقات النمائية ومع أسرهم .
- الأخلاقيات المتعلقة بتطبيق مبدأ السرية والتعامل مع الإعاقات الذهنية (العقلية):

يعتبر مبدأ السرية في الخدمة الاجتماعية مبدأ أساسياً بالنسبة لكل الأخصائيين الاجتماعيين مهما تدنت درجة تدريبهم أو تأهيلهم ، ولذلك فإن على الأخصائي الاجتماعي أن يستخدم ما يعرف بالنموذج الأخلاقي لمساعدته في حل المشكلات أو المضكلات الأخلاقية التي تواجهه في الحفاظ على هذا المبدأ في تعامله مع المعاقين عقلياً وفقاً لما يلي:

١. عليه أن يتحرى القيم المهنية ذات الصلة به وبالمؤسسة التي يعمل بها وبالعميل الذي يتعامل معه وعلى المستوى الشخصي فإن على الأخصائي أن يقيم إلى أي مدى تؤثر قيمه الشخصية في قراراته وخرقه لمبدأ السرية ، ومن الأمثلة على ذلك أن يتساءل الأخصائي الاجتماعي عن أنواع السلوك التي تتم عن عدوانية العميل .

أما بالنسبة لقيم المؤسسة فإنها دائماً معنية بقضايا المشروعية ولذلك فإنها قد تحدد في لوائحها ونظمها كيفية تعامل المعالج مع العملاء الذين يمكن أن يشكل سلوكهم عدواناً.

٢. على الأخصائي الإجتماعي أن يحدد ما مدى خطورة المستويات الأخلاقية التي تنطبق على حالة العميل.

٣. في تقييم الأخصائي الإجتماعي لخطورة الحالة عليه أن يقيم الحالة تقييماً دقيقاً للإجابة على التساؤلات التالية:

■ هل لدى العميل أي وسائل لتنفيذ تهديداته للآخرين أو الإعتداء على نفسه؟.

■ هل للعميل أي تاريخ ينم عن العدوان وخاصة تجاه الضحية المحتملة؟.

■ هل يعاني العميل من أي وسواس كالخوف من الموت أو الخوف من أن يقتل؟.

٤. إن على الأخصائي الإجتماعي أن يضع في إعتباره مجموعة من الخطوات التي يمكن إتخاذها والنتائج المترتبة عليها بالنسبة للعميل ويعتمد تصور هذه الاحتمالات أو الخطوات على الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما مدى جدية العميل في تنفيذ تهديداته؟.
- هل يمكن الحماية أو منع العميل من تنفيذ تهديداته دون خرق مبدأ السرية من قبل الأخصائي الإجتماعي؟
- ما النتائج أو الأضرار المهنية التي يمكن أن تحدث للأخصائي الإجتماعي إذا ما نفذ العميل تهديداته؟.
- إلي أي مدى يمكن أن يؤثر إفشاء السر أو البوح بأسرار العميل في ثقة العميل أو علاقته بالأخصائي الإجتماعي؟.
- هل سيقلع العميل عن العلاج في حالة إفشاء السر وإذا أُلغى عن العلاج هل سينفذ تهديداته؟.
- هل سيكون العميل سعيداً بأن الأخصائي الإجتماعي قد تمكن من منعه من تنفيذ تهديداته بإيداعه في المستشفى؟.
- هل تشعر الضحية المحتملة بالشكر والعرفان والإمتنان للأخصائي الإجتماعي لتوفير الحماية له؟.

٥. لابد للأخصائي الإجتماعي أن يحدد من هو الشخص المستفيد ومن الشخص الذي سيتضرر إذا انحاز الأخصائي الإجتماعي لمن هو عرضة للمخاطر؟ وفي غالب الأحوال فإن المتضررين هم النساء والأطفال.

٦. في محافظته على السرية في التعامل مع المرضى العقليين فإن على الأخصائي الإجتماعي أن يتشاور باستمرار مع زملائه ومع رؤسائه المشرفين عليه.

ولكي يواجه الأخصائي الإجتماعي المآزق الأخلاقية في مختلف المجالات فإن هناك نموذجاً طوره بعض الدارسين وله عدة مراحل وفقاً لما يلي , Mattiani ( 1998 , etal ).

#### المرحلة الأولى:

جمع وتقييم البيانات الخاصة بحالة العميل وتطوراتها.

#### المرحلة الثانية:

التمييز بين إعتبارات الممارسة والمتطلبات الأخلاقية ( فالإبلاغ عن حالات الإيذاء الجسيم قد تكون مضاره أكثر من فوائده).

#### المرحلة الثالثة:

تحديداً التعارضات القيمية وما ينجم عنها من توترات تستلزم الاختيار الأنسب من بين البدائل المتاحة ( فمبدأ تقرير المصير يتعارض مع الوصاية المهنية ) ومبدأ السرية يتعارض مع الكشف عن البيانات لأسباب مهنية ملحة .. الخ).

#### المرحلة الرابعة:

تحديد المبادئ وفقاً للمواثيق الأخلاقية للتعامل مع الحالة ( ربما تتطلب العملية العلاجية إستشارة الزملاء أو فهماً آخر).



#### **المرحلة الخامسة:**

تحديد الخطوات التي يمكن القيام بها في ضوء تقييم الفوائد والمخاطر  
الناجمة عن القيام بأي خطوة من خطوات العلاج.

#### **المرحلة السادسة:**

ما الإلتزامات التي لها الأسبقية من قبل الأخصائي الإجتماعي ( ما  
المبررات الأخلاقية لإتخاذ أي قرار من القرارات).

#### **المرحلة السابعة:**

ما الإنعكاسات أو ردود الفعل أو الآثار الجانبية .

#### **المرحلة الثامنة:**

بعد القيام بعمل ما هل أحدثت الحلول تضارباً بين العملاء - (Mattiani  
et-al , 1998)



## الفصل الرابع

### أخلاقيات ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية

#### في مجال الرعاية الصحية

تتمثل الإشكالية الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية على وجه العموم فيما يلي من أزمات يمكن أن تواجه الأخصائي الإجتماعي:

● مشكلة الأمومة والطفولة قبل الميلاد وهي خاصة بالجنين مثال: إذا كان الجنين يعاني من مشكلات جينية سيؤدي في النهاية إلى ولادة طفل معاق إعاقة مزدوجة وشديدة ، فهل نبقى على حياته ثم ولادته؟ أم أن القرار السليم هو إجهاضه؟ ومن الذي يتخذ قرار الإجهاض أو الإبقاء عليه؟ وفي أي مرحلة من مراحل الحمل؟

● قضية الأم ، فإذا كان الحمل يهدد حياة الأم بصورة حتمية، فهل يسمح بإجهاض الطفل حفاظاً على حياة الأم ؟ أم أن يستمر الحمل حرصاً على حياة الطفل ونضحي بالأم ؟ ومن يقرر إجهاض الطفل للإبقاء على حياة الأم؟ وفي أي المراحل من تخلق الجنين؟.

● قضية أمراض الكلى. متى يقرر المريض نزع كليته ( إستئصال ) وغسيل الكلى؟ وهل للمريض إمكانيات دفع تكاليف الغسيل وإذا لم تكن لديه هذه التكاليف فمن سيدفعها؟ أما الجانب الآخر فهو زراعة الأعضاء كزراعة الكلى، ومن هو الشخص الذي يتصل بالمتبرعين ، وهل المتبرعين على استعداد للتبرع؟ ومن من يتم التبرع ، من الأقرباء أم من غيرهم؟

وإذا تعذر وجود متبرع فهل يجوز شراء الأعضاء ( لايجوز ) وفي حالة ندرة الأعضاء البشرية فلن تعطي الأسبقية ؟ حسب الوضع الإقتصادي أم المكانة الاجتماعية أم حسب حالة المريض؟.

- مشكلة إتخاذ قرار إنهاء الحياة وهي ما يسمى (القتل الرحيم).
- في ممارسة الخدمة الاجتماعية على الأخصائي الإجتماعي مراعاة الفوارق الثقافية خاصة في مجتمع كالمجتمع السوداني متعدد الأعراق والثقافات والديانات واللغات.
- عملية إتخاذ القرارات المتعلقة بالقرارات الإيوائية للمرضى المسنين العاجزين عن رعاية أنفسهم والذين لا يوجد من يوفر لهم الرعاية والأطفال من الأمهات غير المتزوجات الذين يحتاجون إلى رعاية صحية والمدمنين الذين يعانون من أمراض عقلية تشكل خطراً على المجتمع أو مدى أحقيتهم كنزلاء المؤسسات الاجتماعية كالجانحين في الإصلاحيات أو نزلاء السجون وأحقيتهم في العلاج.
- قضية العدالة الاجتماعية في تقديم الرعاية الاجتماعية ، والسؤال الذي يطرح نفسه هو : إلى أي مدى توزع خدمات الرعاية الصحية توزيعاً عادلاً بغض النظر عن الأوضاع الإقتصادية والاجتماعية والسياسية ( المواطننة وغير المواطننة) وهل معلومات إمكانيات العلاج متاحة للجميع بالتساوي أم أن هناك فوارق؟ وهل نوعية الرعاية الصحية المتوفرة للناس تختلف باختلاف أوضاعهم الإقتصادية والاجتماعية أم أن هناك فوارق غير عادلة فيما بينهم؟.
- في كل بلدان العالم مهما بلغت من الثراء فإن هناك ندرة أو شح في الموارد المتوفرة للرعاية الصحية وبصورة شاملة وعامة والسؤال هنا:
- إذا كانت الموارد شحيحة من الذي يستحقها ومن الذي في أمس الحاجة إليها؟ هل أجعل من الخدمات الصحية مطروحة للتنافس عليها من خلال القرعة أو أعطى الأسبفية للمساهمين أو المؤمنين على أنفسهم أو أعطى الأسبفية للقادرين مالياً.
- إذا كان المريض يعاني من مرض مؤلم ومزمن وميتوس من علاجه وأراد أن يتخلص من حياته لأنها أصبحت حسب فهمه بلا معنى ، فهل نساعدده على الإنتحار بطريقة لطيفة أو أمنعه من ذلك ؟ وإذا منعه من الذي سيتحمل

معاناته؟ وهل إشرك آخرين في إتخاذ قراراته إذا كان الشخص فاقد العقل ويشكل خطراً؟.

- قضية الإنعاش، إلي متى سيظل المريض في غرفة الإنعاش ؟ هل إذا تم إنعاشه سيحي حياة طويلة ؟.

- إن هناك مجموعة من الضوابط كواجبات وعلى الأخصائي الإجتماعي مراعاتها وهي :

- على الأخصائي أن يكون على وعي بيموجبات الحياة بالنسبة للمرضى بالرغبة في الحياة أو الموت ومناقشة ذلك مع المرضى بصراحة وحتى لو وجد مقاومة في مناقشة هذه المواقف من قبل العميل أو من ينوب عنه أو مناقشتها مع الأطباء خاصة أن لدى الأطباء ميلاً لعدم التعمق في مناقشة حالة المريض خاصة إذا كان المريض من المشرفين الموت أو المحتضرين.

- على الأخصائي الإجتماعي التأكد من أن كل العملاء لهم الحق في الحصول على الرعاية الصحية حتى ولو كانت الحالة ميئوساً منها خاصة قد يعمل الطبيب على خفض الرعاية الطبية المقدمة للمريض بعد أن يتأكد أن حالته ميئوس منها ، وأن الأسرة قد أصبحت تعاني من عبء العلاج لمريض ميئوس منه.

- إن دور الأخصائي الإجتماعي هو التأكد مع أن المريض على علم تام بكل ما يحيط به من إجراءات.

- على الأخصائي الإجتماعي أن يلعب دور الوسيط من المهن الصحية الأخرى ومع مختلف مؤسسات المجتمع التي يمكن أن تساعد في توفير العلاج للمرضى.

- على الأخصائي الإجتماعي أن يناقش مع المريض كل الإشكالات القانونية المتعلقة بوضعه الصحي حتى ولو إستعان بأشخاص آخرين كالواعظ ورجال الدين مثلاً لمساعدة المريض في تقبل حقيقة الموت.



• على الأخصائي الإجتماعي مراعاة الفوارق الثقافية والمعتقدات الخاصة بالمرضى حسب ثقافات العملاء ، فبعض الثقافات تعتقد أن المرض يعزي إلي العين الساحرة أو الحسد أو السحر الأسود ( العمل ) أو أنها عقاب من الله على ذنب ارتكب أو معصية أو أنها منة من الله وإختبار لعمق إيمان عباده الصالحين ( المؤمن مصاب ) ومراعاة الجوانب الثقافية تتطلب الأتي:

- (١) الإحساس اليقظ من قبل الأخصائي الإجتماعي.
- (٢) عدم إصدار حكم من منطلقاته الثقافية أو الدينية.
- (٣) تجنب الأحكام المسبقة على المرضى.
- (٤) إتاحة الفرص للمختلفين ثقافياً أن يشاركوا أو يتخذوا القرارات التي تهمهم.
- (٥) مساعدة المهنيين الآخرين في تفهم المعتقدات والثقافات المختلفة للمرضى (الأنثروبولوجيا الطبية)
- (٦) أن يكون وسيطاً بين الأقليات الاجتماعية وبين المجتمع العريض ليفهم المجتمع بأن الاختلافات الثقافية هي إختلافات طبيعية في أي مجتمع ، ولذلك يجب تقديرها وإحترامها بحكم حق المواطنة أو بحكم مقتضيات حقوق الإنسان سواء إن كان طفلاً أو ناضجاً أو امرأة أو لاجئاً أو كائناً ما كان.

المعضلات التي يواجهها الأخصائي الإجتماعي الطبي في التعامل مع مرضى الأيدز:

نتيجة لإرتباط مرض نقص المناعة المكتسبة (الأيدز) بالإيمان والجنس والموت فقد أصبح هذا المرض من الأمراض التي تصم المصابين بها حتى أن بعض الدارسين شبهه بوباء الجدري أو الطاعون في القرون الماضية ، والأخصائيون الإجتماعيون يعرفون بصورة جيدة هذا المرض إلا أنهم يخشون إنتقال العدوى إليهم ويحاولون الإبتعاد عنه بصورة واعية أو غير واعية ، ولذلك

فإن المزيد من المعرفة عن هذا المرض مهمة للأخصائيين الإجماعيين المهنيين الممارسين ولطلاب الخدمة الاجتماعية على حد سواء . إن مصدر الوصمة لايتعلق بالمرض في حد ذاته ، ولكن الوصمة ترجع لعوامل أخرى، حيث كان المرض عادة يصيب الشواذ جنسياً في بداياته وخاصة بين الرجال، ولذلك عرف في الولايات المتحدة الأمريكية بأنه مرض الشواذ جنسياً، وبما أنهم موصومون من قبل المجتمع في الغالب فإن القائمين على أمر الخدمات الصحية كثيراً ما يتباطأون في محاولة معرفة المرض ونتائجه ووضع برامج لعلاج.

إن الخوف المرضي من الأيدز لايشمل الأخصائيين الإجماعيين والعاملين في حقل الخدمة الاجتماعية فقط بل يشمل عامة الناس أيضاً ولذلك نصت المواثيق الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية في البلدان الغربية على ضرورة القضاء على التمييز الذي يمكن أن يمارس على مرضى الأيدز بسبب سلوكياتهم الجنسية.

أيضاً يرتبط الأيدز بتعاطي المخدرات ، والمدمنون أيضاً من أكثر الفئات عرضة لمخاطر الأيدز، والخطورة أن مرض الأيدز مرض قاتل ، ولذلك قد ينظر إلي ضحاياه على أساس أنهم مواطنون لاقية لهم ولاأخلاق وشفأؤهم مستحيل، ولذلك فإنهم لايستحقون المساعدة وهم الملامون على ما أصابهم ،إلا أن مثل هذه الآراء ينفىها الواقع العلمي بالنسبة لفئات معينة من مرضى الأيدز ، فالأطفال الذين يصابون بالأيدز عن طريق أمهاتهم أو من تنتقل العدوى إليهم عن طريق نقل الدم الملوث لاذنب لهم فيما أصابهم أو حتى الأزواج الذين ينقلون المرض إلي الشريك الآخر دون علمهم ، فإن الطرف المصاب نتيجة لذلك لايعتبر مسئولاً عن ما أصابه.

من جهة أخرى فإن الأيدز يعتبر وصمة بصورة أكبر للأقليات المحرومة أو المهمشة ولذلك فإن الميثاق الأخلاقي لممارسة الخدمة الاجتماعية يمنع منعاً باتاً التفرقة بين الناس نتيجة لمرضهم أو إنتمائاتهم العرقية.

إن الخدمة الاجتماعية مع مرضى الأيدز تواجه أزمة أخلاقية ذات طبيعة أخرى والتي تتمثل في ضرورة إجراء الفحوصات الطبية على من هم عرضة

للإصابة كالجنين الذي تعاني أمه من مرض الأيدز أثناء الحمل أو الزوج الذي تعاني زوجته أو الزوجة التي يعاني زوجها من مرض الأيدز، فالمشكلة أو التساؤل هنا هو: هل يترك الخيار للمصابين المحتملين في إجراء الفحوصات أو يجبرون على ذلك؟.

وبما أن المرض قد إنتشر في منطقة معينة ، فهل تجري فحوصات جماعية لهذه المنطقة أم إنتقائية؟ وهل تفرض الفحوصات على كل المواطنين بغض النظر عن احتمالات إصابتهم أو عدمها؟ .

قضية أخرى تواجه الوصمة العامة خاصة فيما يتعلق بالمتبرعين بدمائهم أو المتقدمين لشغل الوظائف في القطاع العام أو الخاص أو حتي المقبلين على الزواج، فهل تفرض الفحوصات على مثل هؤلاء أم لا ؟ وهل يتقبلونها بصدر رحب؟.

بما أن التعامل مع مريض الأيدز يتطلب ترتيبات معينة للمصابين به وأحيانا قد تتطلب عزله أو إقصاءه عن الحياة العادية اليومية ، فإن على الأخصائي الإجتماعي الطبي أن يلتزم إلتزاماً مطلقاً بمبادئ الخدمة الاجتماعية ومن أهمها مبدأ السرية لأن إفشاء المعلومات أو البوح بها لجهات غير معينة قد يؤدي إلي المزيد من عزلة المريض وتدهور حالته الصحية والنفسية والعقلية هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن الإلتزام المطلق بمبدأ السرية قد تكون له مخاطره على المحيطين بالمريض أو الذين يتعاملون معه خاصة وأن المريض قد يطور إتجاهاً عدائياً أو إنتقامياً نحو المجتمع.

## الفصل الخامس

### الإشكاليات الأخلاقية وممارسة الخدمة الاجتماعية

#### في مجال العنف الأسري

#### مفاهيم العنف الأسري Family Violence Definition:

مجال العنف الأسري يعتبر واحداً من المجالات التي تواجه الاختصاصي الاجتماعي فيها عدداً كبيراً من المآزق سواء في تعريفاتها أو النظريات المفسرة لها أو التعامل معها .

هناك عدة مفاهيم للعنف الأسري ، وقد كان هناك خلاف حول تحديد مفهوم العنف الأسري أو العنف المنزلي Domestic Violence ، ويرى كل من فورمان Foreman ودالوس Dallos بأن بعض أنواع السلوك كالتهديد والأذى الفعال ضد الغير والمرتبطة بالسلوك الجنسي وغيرها من أنواع السلوك الأخرى ، من المحتمل أن يكون تحديد مفاهيم لها أمراً أكثر إلتباساً ، فهناك إقتراح بأن يكون هناك تحديد " ذاتي " Subjective " للمفهوم المرتبط بالمدى الذي يمكن أن يوافق عليه كلى الزوجين على شكل السلوك المقبول في العلاقة بينهما، وبناء على ذلك فقد يون هناك نقاش عن المعنى والمحيط الرئيسي للعنف بمعنى أن العنف من قبل الرجال نحو النساء مثلاً يختلف عن العنف من قبل النساء نحو الرجال ( ١١ : ١٩٩٣ ' Foreman Dallos ) وسنطرح في هذا السياق بعض المفاهيم المرتبطة بمفهوم العنف الأسري.

#### مفهوم العنف الأسري Family Violence:

يعرف العنف الأسري بأنه سلوك عدواني وعدائي بين أفراد الأسرة ، ينتج عنه الضرر أو الأذى أو الإذلال وفي بعض الأحيان يصل الأمر إلي حد الوفاة ، فضلاً عن الإيذاء البدني أو الإغتصاب أو تدمير الملكية، أو الحرمان من الإحتياجات الأساسية ( ٥٥ : ١٩٨٧ ' Barker ).

كما يعزى هذا العنف الأسري إلى ارتكاب الإيذاء العاطفي أو البدني/ أو الجنسي ، على أحد أفراد الأسرة أو عليها جميعها، أما بطريقة متعمدة أو عن طريق الإهمال ( ٤٦٥ – ٤٦٤ : ١٩٨٧ Star ).

أما العنف المنزلي (Domestic Violence) فيعرف على أنه الإيذاء الموجه للأطفال أو المسنين ، أو الزوجين أو أحد الآخرين الموجودين في المنزل عن طريق أفراد آخرين من الأسرة ، أو أحد المقيمين معها، كما يشير هذا المصطلح إلى المشكلة الاجتماعية الخاصة بتعرض ملكية أو صحة أو حياة أحد أفراد الأسرة للخطر أو الأذى كنتيجة للسلوك المتعمد من قبل فرد آخر (٤٤ : Barker ١٩٧٨).

أنواع العنف الأسري:

Spouse Abuse	١/ الإيذاء بين الشريكين
Child Abuse	٢/ الإيذاء الموجه للأطفال
Sibling Violence	٣/ العنف بين الإخوة
Child to parent Violence	٤/ عنف الأبناء ضد الوالدين
Elder Abuse	٥/ الإيذاء الموجه للمسنين
ويمكن أن يكون هذا العنف الأسري أو الإيذاء الموجه لأحد أفراد الأسرة إما:	
Physical Abuse	أ/ إيذاء بدنياً
Psychologic Abuse	ب/ إيذاء نفسياً
Social Abuse	ج/ إيذاء اجتماعياً
Legitimate Abuse	د/ إيذاء قانونياً
Sexual Abuse	هـ/ إيذاء جنسي



## مفهوم الإيذاء:

يعرف الإيذاء بأنه سلوك خاطئ يتسبب في إحداث إيذاء بدني أو نفسي أو مادي لفرد أو جماعة وهو ناتج عن أعمال متعددة أو لامبالية ، تؤدي إلى أن يتضرر الشخص أو يؤذى أو يقتل.

ولقد كان هناك إهتمام كبير موجه نحو موضوع الإيذاء الموجه للأطفال ، ولكن تم التركيز حديثاً بشكل أكبر على الإيذاء الموجه للمسنين ، أما الإيذاء بين الشريكين ( الزوجين ) فهو يرجع بصورة أكبر إلى العنف المنزلي ، كما تتميز أغلب التفسيرات accounts حالياً بين الإيذاء البدني والعاطفي والجنسي بأشكال مختلفة عن الإيذاء الذي قد يتداخل أو يتفاعل مع بعضه البعض ، إلا أن الإيذاء البدني من المرجح أن يكون مصاحباً للإيذاء العاطفي ، كما يمكن أن يحدث الإيذاء العاطفي مستقلاً عن النوعين ( ٢ : ١٩٩٥ ' Thommas & Pierson ).

### النوع الأول: الإيذاء بين الشريكين Spouse Abuse

ويعرف بأنه الضرب لإحداث إيذاء بدني أو عاطفي على أحد الزوجين ، وفي الغالب يكون موجهاً نحو الزوجة ( ١٥٧ : ١٩٨٧ ' Barker ).

ويعرف العنف الموجه من الزوج نحو الزوجة بأنه السلوك الذي يتسم بالعدوانية تجاه المرأة ، والذي يتم داخل نطاق الأسرة بواسطة الرجل ، في ظل نظام الزواج السائد ، ويتخذ هذا السلوك العدواني — الذي يتسم باستخدام القوة — صوراً وأشكالاً مختلفة منها:

الإعتداء على المرأة باللفظ ( السب والشتم ) أو الهجر أو الإمتناع عن الإنفاق أو الإعتداء عليها بالضرب أو بالطرد من المنزل ، أو الإعتداء الجنسي أو التعذيب البدني ليصل إلى أكثر أنواع العنف قسوة وهو القتل.

كما أن البحث في الإيذاء الموجه للزوجات حديث نسبياً، لذلك فالمعلومات المتوافرة عنه حالياً غير كافية وخاصة في الدول النامية، بالإضافة إلى أن الإحصاءات التي أخذت من الدول الغربية كالولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة ليس هناك ما يقابلها في الدول الأخرى كالدول النامية، كما إن الطرق

الحالية لتقدير وقياس النسب الإحصائية لضرب الزوجات يصعب الثقة بها، لأن الإبلاغ عن مثل هذه الحوادث غير دقيق (١٧ : ١٩٩٤ ' United Nations).

### النوع الثاني: الإيذاء الموجه للأطفال Child Abuse :

ويعرف بأنه الضرب المتكرر لإحداث أذى بدني أو عاطفي على القاصر (الذي لم يبلغ سن الرشد) من خلال توجيه الضربات المتعمدة له أو العقاب البدني غير المتحكم به أو السخرية والإهانة المستمرة أو الإيذاء الجنسي، والذي عادة ما يرتكب من الوالدين أو الآخرين المكلفين برعاية الأطفال.

وهناك عدة تصنيفات للإيذاء الموجه للأطفال وهي كالآتي:

(أ) آل سعود ، منيرة بنت عبد الرحمن بن عبد الله ، ١٩٩٩م ، إيذاء الأطفال، رسالة دكتوراة ، قسم الاجتماع ، جامعة الملك سعود ، الرياض)

أ/ الإهمال: وهو الإهمال الدائم أو المتقطع للطفل أو القصور في حمايته من أي نوع من أنواع الخطر الذي قد يتعرض له ، مثل تعرضه للبرد أو الجوع أو القصور في توفير الرعاية اللازمة له، والخاصة بصحة الأطفال أو نموهم.

ب/ الأذى البدني: وهو الأذى الفعلي أو المحتمل للطفل أو القصور في منع حدوث الأذى البدني ( أو الألم) عنه بالإضافة للتسمم المتعمد أو الخنق.

ج/ الأذى الجنسي: وهو الاستغلال الجنسي الفعلي أو المحتمل للطفل أو المراهق.

د/ الأذى العاطفي: وهو النبذ ذو التأثير المعاكس والمتقطع على النمو العاطفي والسلوكي للطفل مما يخلق لديه معاملة عاطفية مضطربة سواء كانت دائمة أو متقطعة ، كما أن كل أنواع الإيذاء الجسدي تتضمن بعض التعاملات العاطفية المضطربة ، والإيذاء العاطفي سواء كان واقعاً على الكبار أو على الصغار، فإنه يقصد به تحقير المعتدي عليه من قبل المعتدي، ونتيجة للتكرار المستمر لهذا التحقير قد يعتقد المعتدي عليه بأنه بالفعل يستحق هذا التحقير أو الإذلال والإهانة وأنه مكروه ولا يحبه أحد من حوله.

هـ/ الإيذاء النفسي: ويرتبط الإيذاء النفسي إرتباطا وثيقا بالإيذاء العاطفي ، ولكن الإيذاء النفسي تصحبه أساليب محددة كالإبتزاز والتهديد والتظلم واللوم الشديد والتفريع القاسي والتدمير .

وتعرف منظمة الصحة العالمية الأذى الجسيم للأطفال بالأذى الجنسي على وجه التحديد بإستعمال السلطة أو القوة وإجبارهم على ذلك سواء بإستخدام القوة الجسدية أو الإغراء بالمال أو الهدايا أو الإبتزاز والتهديد بأنه سوف يفضح أمره إذا لم يتجاوب الطفل مع معتدى والإيذاء الجنسي للأطفال سواء كانوا ذكورا أو إناثا يشتمل على أشكال عديدة كالإتصال أو الملامسة أو الإحتكاك أو الملاطفة أو التدليك وتوظيف أعضاء الأطفال في ممارسة العادة السرية كاستخدام يد الطفل أو الممارسة عن طريق الفم أو المهبل أو الشرج كما يشمل الإيذاء أيضا إستخدام الأطفال في مجال الدعارة أو الصور الفاضحة أو حتى إستعراض الأعضاء الجنسية أو إظهارها أمام الطفل.

أما التعريف القانوني لإيذاء الطفل فإنه يشير إلي مدى أوسع من السلوك الذي قد يكون قاصراً على الإيذاء المتعمد كما قد يتضمن أي فعل جسدي أو قول أو إشارة تعوق نمو الطفل كفرد في المجتمع بغض النظر عن من يقوم بهذا الإيذاء ، ويتراوح الإيذاء الجنسي بين الخفيف والمتوسط والشديد وقد يفضي إلي الموت أحيانا فالقوانين تعرف المصطلحات وفقا لما يلي:

١/ الطفل:

هو الشخص تحت سن (١٨) من العمر.

٢/ الإيذاء الجسدي:

هو تعريض الطفل لعقوبة قاسية وغير مشروعة ومقصودة وغير مبررة.

٣/ الإيذاء الجنسي:

ويقصد به العدوان الجنسي أو الإستغلال الجنسي.

٤/ الإعتداء الجنسي:

هو كل أفعال الإغتصاب التي تتمثل في ولاتقتصر كلها بالضرورة على:

- الإعتداء مهما كانت درجته على فتحة مهبل أو شرج أو فم لطفل ما بواسطة قضييب شخص آخر أكبر منه.
  - أي إتصال جنسي بفتحة مهبل أو شرج أو لسان أو فم من شخص إلي آخر.
  - أي تعدي من شخص علي شخص آخر بفتحة مهبل أو شرج بما في ذلك إستخدام آلة مالم يكن الهدف طبياً مسموحاً به.
  - اللمس أو الإحتكاك المتعمد لأعضاء تناسلية لشخص آخر أو للمنطقة المحيطة بهذه الأعضاء أو الردفين أو الصدر سواء كانت هذه الأعضاء للمعتدي عليه أو تخص الشخص المعتدي.
  - القيام بأفعال الإستمناة بصورة مقصودة مكشوفة أمام الطفل أو إستخدام يد الطفل أو أجزائه في العملية.
- ٥/ الإستغلال الجنسي للأطفال ويتضمن الآتي:
- الإشتراك في أعمال قاضحة أو الفواحش.
  - إشتراك الطفل في أعمال الدعارة أو مشاهدة سلوكيات جنسية خلية وحية أو مصورة.
- ٦/ إهمال الأطفال ونبتهم

#### أخلاقيات ممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال حماية الأطفال من الإيذاء الجسيم:

في مجال رعاية الطفولة يتمثل الهدف الأساسي للخدمة الاجتماعية في تخطيط للسياسات التي تؤدي إلي تطوير حفظ الأطفال أو إبقاء الأطفال مع أسرهم الطبيعية ما أمكن ذلك أو تحويلهم إلي أسر بديلة وتجنب إيداعهم المؤسسات الاجتماعية وتقود مثل هذه السياسات إلي تطوير الخدمات الوقائية لدعم ومساندة الأسر ، ومن ثم تجنب الرعاية الإيوائية والحالات التي يضطر فيها الأخصائي الاجتماعي أو تتطلب منه أخلاقيات المهنة وحماية الأطفال تتمثل في الحالات التي يواجه فيها الأطفال خطراً مائلاً علي حياتهم ، ومن ذلك مثلاً حالات الأذى الجسيم أو الإهمال الذي من المتوقع أن يتعرض له الأطفال والتحدي الذي يواجهه الأخصائي الاجتماعي في مثل هذه الحالات يتمثل في بعدين أساسيين:



١. كيفية التحري والتقصي عن الأذى الذي يواجه الأطفال وماهي الأدوات التي يستخدمها.

٢. كيفية الإبلاغ عن الحالة وفي غالب الأحوال أن الأطفال الذين يتعرضون للأذى الجسيم قد تلحق بهم جروح أو كسور تتطلب علاجاً من قبل المؤسسات الصحية كالمستشفيات ، ولكن المشكلة هنا أيضاً أن المعتدي من أفراد الأسرة سواء إن كان الأب أو الأم أو الأخ غالباً ما يحفي السبب الأساسي للأذى الجسيم ، فمن تكسر يده من الأطفال قد يعزي السبب في حالة التشخيص الطبي إلي السقوط أو حدوث عارض ، وفي مثل هذه الحالات فإنه لابد للأخصائي الاجتماعي أن يعمل بصورة لصيقة مع وحدات حوادث أو طوارئ للأطفال في المستشفيات لكي يقدر فيما بعد أين يودع هذا الطفل لحمايته.

وفي ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأطفال فإن على الأخصائيين الاجتماعيين أن يقوموا بدراسات يتوصلون فيها إلي المواقع والأحياء التي يمكن أن يقع فيها الإهمال أو الأذى الجسيم للأطفال أو تحديد الأماكن التي يؤوي إليها الأطفال في حالات إهمالهم أو تجاهلهم من قبل أسرهم والتدخل في مثل هذه الحالات يكون مبنياً على التساؤلات الآتية:

- ما الذي يجب عمله في كل حالة من الحالات التي يقف عليها الأخصائي الاجتماعي ؟.

- ما الجهة التي يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يبلغها عن الأذى ؟.
- ما الأدلة التي يمكن أن يضمنها الأخصائي في تقريره في إبلاغه عن الحالة ؟

- إذا تبين للأخصائي الاجتماعي أن لضرورة للإبلاغ عن الحالة فماهي الأسباب التي دفعته إلي ذلك ؟ ومن تلك الأسباب:
- التأكد من عدم توفر الإمكانيات من الجهة المعنية.



- إن الإبلاغ يتعارض معارضة أساسية مع القيم والعادات المجتمعية والخصوصيات الأسرية كحالات الحمل أو الإنجاب غير الشرعية في المجتمعات الإسلامية.
- أن الإبلاغ عن الحالة قد يتعارض معارضة أساسية مع قيم ومبادئ الخدمة الاجتماعية ومبدأ السرية والتقبل وتقرير المصير.
- الإبلاغ عن الحالة قد يقود إلى المزيد من الإيذاء الذي يلحق بالأطفال ، فالأطفال قد يكونون صغاراً جداً أو عاجزين تماماً عن تحمل مسؤوليتهم كعملاء ، كما أن المجتمع قد لا تتوفر لديه إمكانيات أو موارد رعاية أسرية بديلة ، وإذا توفرت فقد تكون أسوأ من الظروف الأسرية التي يعيشها هؤلاء الأطفال.

### ٣/ تحديد خصائص المعتدين على الأطفال:

يمثل المعتدون مجموعة غير متجانسة ويمكن أن يكونوا من أي فئة عمرية أو عرقية أو من أي خلفية إجتماعية إقتصادية ، ولم تجر عليهم أي اختبارات نفسية أو تصنيف يميز بينهم، إلا أن كثيراً من البالغين من المعتدين قد أقرروا بأنهم قد إرتكبوا أنواعاً أخرى من الجرائم ، علماً بأن معظم الذين تعاملت معهم السلطات منهم، ليست لديهم سوابق إجرامية ، ومن ثم فإنه لا توجد خاصية أو منظومة خصائص يمكن أن تؤكد أو تستبعد إمكانية أن يكون فرداً ما قد مارس سلوكاً جنسياً غير سوى مع أطفال. (Berliner 1999 :458-412).

والمعتدون على الأطفال قد يكونون قد مارسوا من قبل أنواعاً متعددة من السلوك الجنسي غير السوي ، فقد توصلت بعض الدراسات إلى أن نصف المعتدين الذين أقرروا بأنهم قد عرضوا بناتهم هم بأنفسهم للإيذاء الجنسي، قد عرضوا أيضاً بنات لايمتنن إليهم بصلة للإيذاء الجنسي، كما أقر ٢٠% منهم بالقيام بإغتصاب نساء أخريات والمعتدي العادي غالباً يعتدي على عدد محدود من الحالات ، أما البعض وخاصة الذين يفضلون العدوان على الأولاد ، فقد يصل ضحاياهم إلى المئات، ونصف هؤلاء المعتدين يبدأون عدوانهم في مرحلة

المراهقة ، كما أن ربع المعتدين من الرجال قد تعرضوا للإيذاء الجنسي عندما كانوا أطفالا ، والشئ نفسه قد ينطبق على المعتديات من النساء.

ودوافع العدوان متباينة بين المعتدين ولكن الذين يسيئون معاملة الأطفال كمجموعة لديهم رغبة جنسية نحو الأطفال، وقد أثبتت الدراسات أن لدى من يرغبون جنسيا في الأطفال إستراتيجيات يعرفونها وجربوها للإيقاع بهؤلاء الضحايا.

#### خصائص المعتدين بالإيذاء:

والإيذاء الجنسي يتم بطرق متنوعة سواء باستخدام القوة أو التهديد باستخدامها أو الخوف من إلحاق جروح بالضحية ، كما أن القتل قد يحدث بنسب لها وزنها بين الحالات، وفي حالات أخرى فإن المعتدين قد يمارسون عمليات إيقاع تدريجي بالضحية عبر علاقات تأخذ مع مرور الوقت أبعاد إيذاء جنسي متعمد وفقا لإستراتيجيات أقر بها المعتدون أنفسهم كما ذكر ( 412 - 458 - Berliner) قام كل من (Perrlin and Perrlin,1999: 70 -75) بدراسة السمات الشخصية للمعتدين الذين يعرضون الأطفال للإيذاء الجسدي الجسيم، وقد توصلا إلى النتائج التالية:

#### ١/ الصعوبات السلوكية والإنفعالية:

- التعبير عن الغضب الذاتي.
- الإكتئاب.
- عدم القدرة على تحمل الإحباطات.
- احتقار الذات.
- التزمت.
- عدم القدرة على السيطرة على الغضب.
- خلل عاطفي.
- القلق.

- ضغوط الحياة والضغوط الشخصية.
- الإدمان.
- ٢ / الصعوبات العائلية وصعوبات العلاقة الشخصية مع الآخرين:
- الصراع بين الزوجين ( القرينين).
- تاريخ تعرض للإيذاء في مرحلة الطفولة .
- خلل في التفاعل الإيجابي مع الطفل ومع بقية أفراد الأسرة.
- العزلة عن الأصدقاء وعن المجتمع.
- صعوبات الوالدية:
- توقعات غير واقعية من الأطفال .
- تجاهل مقدرات الطفل واحتياجاته.

## الفصل السادس

### العنف ضد المرأة

ويقصد بالعنف ضد المرأة هنا، العنف ضد الزوجة على وجه التحديد وفي مجال الخدمة الاجتماعية هناك مجموعة من النظريات التي تفسر هذا العنف. **نظرية مراحل العنف:**

في عام ١٩٧٨م حددت "Lenore Walker" في كتابها المرأة التي تتعرض للضرب "The Battered Woman" ثلاث مراحل لدورة العنف الأسري "http// undp.org /rblac / Domestic Violence, chapter,8." "Neidig and Friedman, 1984: 44 -48".

#### المرحلة الاولى: بناء التوتر (The Tension Building)

وفي هذه المرحلة يصبح المعتدي شيئاً فشيئاً عرضة للإستجابات السلبية نتيجة للإحباط، وتتصاعد تدريجياً مظاهر العنف الأسري من إساءات بسيطة يمكن تبريرها والتقليل من شأنها من قبل الزوج والزوجة على حد سواء. وتحاول الزوجة بقدر الإمكان أن تتجنب الزوج، وتتولى ضبط النفس، ظناً منها أن هذه التصرفات ستحول دون تصاعد العنف، إلا أن تقبل الزوجة السلبي للعدوان من قبل الزوج سيثير غضبه ولا يحاول السيطرة على نفسه.

والزوجات اللائي يتعرضن للأذى الجسيم لفترة من الزمان سيعرفن بالتدريج أن هذه الإساءات البسيطة ستتصاعد نحو الأسوأ، مما يضاعف من شدة التوتر الذي يفقدن بسرعة القدرة على ضبط النفس، وتتسم هذه المرحلة بالنسبة للمعتدي والمعتدي عليها بالسّمات التالية:

#### ١/ سمات المعتدي:

- الخوف من أن تتركه الزوجة
- تجنب الزوجة له سيجعله أكثر تسلطاً وغيرة وأنانية

- مع تصاعد التوتر بين الزوج والزوجة تفشل تقنيات التوافق التي يتبعها كل واحد منهما في تدارك الموقف، ويصبح كل منهما أكثر هياجاً.
- مع ازدياد إيقاعات الإساءات البسيطة ، يزيد المعتدي من طغيانه ووحشيته وعنفه واستبداده.

## ٢/ سمات المعتدي عليها:-

- تصبح الزوجة غير قادرة على استعادة التوازن كما كانت تفعل في بداية هذه المرحلة.
- تصبح الزوجة مرهفة نتيجة للضغوط المستمرة عليها، مما قد يؤدي إلى المزيد من إنسحابها.
- كل حركة تقوم بها الزوجة تخضع لسوء الفهم وسوء التفسير من قبل الزوج.
- الزوج لا يعطي الزوجة أي فرصة لإلتقاط أنفاسها.
- يفقدان السيطرة على نفسيهما، فيلجأ الزوج إلى محاولة فرض سيطرته عن طريق الضرب أو تعريض الزوجة للأذى الجسيم بأي وسيلة ، مما يمهّد الطريق للمرحلة الثانية من مراحل العنف الأسري.

## المرحلة الثانية: الضرب المبرح "The Acute Battering"

المرحلة الثانية هي مرحلة تفريغ توترات لا يمكن السيطرة عليها وتطورت في المرحلة الأولى، فعدم القدرة على ضبط النفس والأفعال المدمرة تميز المرحلة الثانية عن الإيذاء الجسدي البسيط في المرحلة الأولى.

وتبدأ المرحلة الثانية في وهلتها الأولى، بتقبل المعتدي والضحية معاً، بأن غيظ أو غضب المعتدي لم يكن في الإمكان السيطرة عليه، وقد يظن المعتدي أنه بفرض سيطرته، قد قصد إلى أن يعطي زوجته درساً، ولكنه قد يكتشف في الوقت نفسه أن ما سببه من أذى لزوجته قد فاق حد تصورهِ، فيعجز عن تفسير ما قد حدث بالفعل، ومن خصائص أو سمات المعتدي والمعتدى عليها في هذه المرحلة ما يلي:



## ١/ سمات المعتدي:

- صدمة أولية
- النكران
- عدم تصديق ما حدث
- إيجاد مبرر وعقلنة ما حدث.

## ٢/ سمات المعتدى عليها:-

- ردود فعل مشابهة لردود فعل ضحايا الكوارث والنكبات.
- انهيار نفسي بعد مرور ٢٤ - ٤٨ ساعة بعد تعرضها للضرب المبرح لأول مرة.
- أعراض الإنهيار النفسي قد تتضمن اللامبالاة والاكتئاب وانعدام الحيلة.
- لا تسعى لطلب المساعدة أو التدخل الخارجي إلا بعد مرور ٢٤-٤٨ ساعة على تعرضها للضرب المبرح أو العدوان الجسيم بوسائل أخرى.

## المرحلة الثالثة: الهدوء والمهلة المحببة (Calm, loving Respite)

إذا كانت المرحلة الثانية تتسم بالوحشية، فعلى العكس من ذلك، فإن المرحلة الثالثة تتسم بالحنان المفرط والمحبة وتهذيب السلوك ورقته من قبل الزوج المعتدي عندما يعرف بأنه قد تمادى في عدوانه إلى أبعد الحدود، ولذلك فإن هذه المرحلة تلقى قبولا من كلا الطرفين، ولكن يا للسخرية، فإنه من خلال هذه المرحلة نفسها تكتمل دائرة العنف ضد المرأة، ومن سمات المعتدي والمعتدى عليها ما يلي:

## ١/ سمات المعتدي:

- نمط سلوك جذاب ملؤه المحبة
- اظهار الندم لما بدر منه في المرحلتين السابقتين.
- إعطاء الوعود بأنه لن يعود مرة أخرى لما فعله .

## ٢/ سمات المعتدى عليها:

- تعتقد أنها يجب أن تقف إلى جانب زوجها في أوقات الشدة.

• في هذه المرحلة تعتقد الزوجة أن رقة زوجها ودمائة اخلاقه وسلوكه وإظهاره محبته لها، تعكس شخصيته الحقيقية، وما العنف الذي أظهره إلا سمة عارضة لن تتكرر، ومن ثم فإنه ينبغي تجاوز ما قد حدث، وأنه فقط قد يحتاج إلى مساعدة خارجية لكي لا يعود مرة أخرى إلى تعريضها للأذى حتى يظل محباً ودوداً كما كان طوال الوقت.

• ترى الزوجة في نفسها قنطرة عبور لزوجها ليصل إلى بر السعادة والأمان.

• بما أن الزوجة تتمتع بكل امتيازات الزوجية في هذه المرحلة، فإنه سيصعب عليها أن تطلب الانفصال أو الحماية القانونية.

• عندما تصر على البقاء في بيت الزوجية، فإنها تؤسس موقفها هذا على المرحلة الثالثة من دائرة الأذى الجسيم، وتتناسى ما لحق بها في المرحلتين الأولى والثانية.

• وفي النهاية، فإن الزوجة، ستكشف بأنها كانت تتاجر بعواطفها وأنها تدور في حلقات مفرغة من الأذى الجسيم الذي يعقبه حب فياض لا يطول أمدّه، فينتابها شعور بإحتقار نفسها والخجل منها وكرهيتها، وخاصة عندما تتلاشى المرحلة الثالثة كلية من دائرة العنف الأسري وتقتصر الدائرة على المرحلتين: الأولى والثانية. [http:// undp. Org/rblac/chapter 8, Domestic Violence](http://undp.org/rblac/chapter 8, Domestic Violence)

#### منظور آليات الدفاع عن النفس: "Defense Mechanisms"

يفسر منظور الدفاع عن الذات، كما توصل إلى ذلك كل من "Neidigeand Friedman, 1984: 4448" الآثار المترتبة على العنف الأسري ضد المرأة في ضوء عدد من المرتكزات. ففي حالة العنف الزوجي، فإن الشخص المعتدي مقتنع عموماً بالأنماط التي ترى أن العنف ضد أعضاء الأسرة - يعتبر سلوكاً غير مقبول، ولكن تفعيل أو تنشيط هذه القيمة الأخلاقية يتم تحييده من خلال توظيف آليات الدفاع عن النفس بما يفسح المجال لحدوث العنف

الأسري مرات أخرى، وبتوظيفه لهذه الآليات، فإن المعتدي ينظر إلى نفسه بأنه هو الضحية لإثم يرتكب ضده أكثر من كونه هو الإثم نفسه.

وهذا التبرير يهيئ المسرح لاستمرارية دائرة العنف، ومن الأمثلة على آليات الدفاع عن النفس وكيفية توظيفها بواسطة المعتدين من الأزواج ما يلي:

١/ النكران: Denial

والنكران من أكثر أنواع الدفاع عن النفس بدائية لانه محاولة للتعامل مع الحقائق غير السارة بتجاهلها فقط أو رفض الاعتراف بوجودها أصلاً للأسباب التالية:

- المعتدون قد يصرون، ببساطة، على أن الأحداث الموثقة بصورة جيدة لم تحدث أو أنهم لا يتذكرونها أو أنهم هم ليسوا الأشخاص المعنيين بها.
- تكرار حادثة العنف قد يحدث من الزوج المعتدي والزوجة المعتدى عليها على حد سواء، بالاصرار على أن ما حدث ليس أمراً خطيراً أو مزعجاً، وأن ما حدث لن يحدث مرة أخرى ، وأن خلافاتها قد سويت.

## ٢/ الكبت: Repression

- الذكريات المؤلمة للعنف الأسري يتم استبعادها عن الوعي ليتم نسيانها كلية وليس نكرانها.
- إنتقاء ما يمكن تذكره من تجارب الحياة الزوجية.
- الزوجة المعتدى عليها تستطيع أن تتذكر بألم شديد التفاصيل الدقيقة لأحداث تعرضها للأذى الجسيم، وكأنها تحدث الآن لشخص آخر في شريط مصور يعرض بالحركة البطيئة أمام ناظرها.
- الزوج المعتدي، على العكس من الزوجة المعتدى عليها، عندما يستعيد أحداث العنف، فإنها تبدو أحداثاً متقطعة ولا صلة بينها وغامضة وبها كثير من الفجوات التي لا يمكن إعادة بنائها.

### ٣/ الإسقاط: Projection

- يقوم الزوج المعتدي بتحميل مسؤولية سلوكه العدواني للزوجة المعتدى عليها، وهو الضحية لأفعالها، لأن أفعالها هي التي تدفعه إلى ضربها، وهذا خطأها وعليها أن تتحمل مسؤولية ذلك، لأنها تعرف تماماً بأنه ما كان عليها أن تتصرف تصرفاً آخرقاً، أو قد يقول بأنها هي التي بادرت إلى ضربه، كما قد يوجه المعتدي لومه للقدر أو لسوء الحظ أو إلى السكر أو لضغوط العمل.

### ٤/ الإحلال: Displacement

- يقصد بالإحلال الخلع والإحلال، بمعنى تحويل الانفعالات من موقف أو شخص محبط أصلاً إلى موقف أو إلى شخص آخر.
- فالموظف المتزوج الذي لا يستطيع أن يعتدي بالضرب أو الركل على رئيسه في العمل الذي يسئ إليه، قد يعمد، بوعي أو بلا وعي منه، إلى استهداف زوجته ليصب عليها جام غضبه.
- إذا حلّ غضب الزوج بالزوجة، وعرضها الزوج للأذى الجسيم، فإن الزوجة، بدورها قد تحول غضبها إلى أطفالها، وأطفالها بدورهم، قد يحولون غضبهم إلى اخوتهم ( وعلى الباغي تدور الدوائر: دوائر العنف الأسري).

### ٥/ طلب التسامح بالوعود: Undoing

- يدين الزوج المعتدي سلوكه غير المقبول أخلاقياً واجتماعياً.
- يعتذر الزوج، ويطلب من الزوجة التسامح.
- يعد الزوجة ببداية جديدة وبالإقلاع عن تعريضها للأذى الجسيم مرة أخرى.
- ( تذهب وعود الزوج أدراج الرياح) لأن السلوك العدواني قد تم تعلمه سواء بواسطة الزوج أو الزوجة وتم دعمه وترسيخه سواء بوعي أو بلا وعي منه.

## نظرية العجز المتعلم: Theory of Learned helplessness

لقد سبق أن تناولنا هذه النظرية كواحدة من النظريات التي تفسر اسباب العنف الأسري، ولكن كثيراً من الدارسين رأوا ايضاً، أن هذه النظرية يمكن أن تفسر الآثار المترتبة على العنف ضد المرأة وفقاً لما يلي:

تقوم هذه النظرية على دليل مقامي الرعاية الصحية عن العنف الأسري الذي اصدره قسم الصحة بولاية كولورادو الأمريكية في عام ١٩٩٣م، والنظرية النفسية لتعلم العجز، نظرية نفسية تصف ما يحدث للزوجة عندما تعجز عن التنبؤ بالأفعال التي يكون لها مردود معين، وهذا يطلق عليه في علم النفس عدم التلازم بين الفعل ورد الفعل، والتي لها آثارها المدمرة على الحياة الزوجية وفقاً لما يلي من خصائص المعتدي وخصائص المعتدى عليها:

### ١/ خصائص الزوج:

- يشعر الزوج المعتدي بأنه عاجز عن الاقلاع عن العنف.
- يشعر بأنه غير قادر على فهم لماذا لا يستطيع السيطرة على الضحية التي تطيعه احياناً ولا تطيعه أحياناً أخرى، فتجعله يستشبط غضباً.
- في الغالب يصدّم الزوج المعتدي بمستوى غضبه الشديد وعدوانه الذي لا يعرف كيف يسيطر عليه أو يتوقف عنه.
- يتوسل إلى زوجته أن تصفح وأن تتسامح معه.
- يعتقد المعتدي بصدق أنه لن يعرض زوجته التي أحبها للأذى مرة أخرى، وأنه قادر على ضبط النفس من هنا فصاعداً.
- يعتقد في قرارة نفسه، بأنه قد لقن زوجته درساً لن تنساه، ومن ثم فإنها حتماً ستقلع عن السلوك الذي أدى إلى عدوانه عليها.
- المعتدي جاد، إلى حد كبير، في ما يعتقد وما يعد به، ومن السهل عليه أن يقنع أي شخص له صلة به، بأن سلوكه سيتغير.



- يقوم المعتدي بحملة نشطة للحيلولة دون انفصال الزوجة عنه، وقد يجبر في هذه الحملة كل أقربائه واصدقائه ومعارفه وبعض المهنيين لإقناع زوجته بالإبقاء على علاقتها الزوجية.
- من المألوف أن يمطر المعتدي زوجته بالهدايا ومحاولات خلق أجواء رومانسية يسودها التسامح في هذه المرحلة.
- كل من يحيطون به سيصدق المبررات التي ساقها المعتدي لعدوانه، سواء بالاعتذار عما فعله أو عزاه إلى إرهاق العمل أو لغياب وعيه تحت تأثير المسكرات أو المخدرات أو أنه سيتغير أو أنه محتاج إلى مساعدة الضحية أو أن الأطفال يحتاجون إلى والدتهم.

## ٢/ خصائص الزوجة المعتدى عليها:

- الزوجة التي تتعرض للضرب وتحاول أن تحمي نفسها وأسررتها بقدر المستطاع، فإنها عندما تعاني من تعلم العجز، فإنها ستختار الأفعال ذات الإحتمالية العالية لتحقيق النجاح، ولكن هذه الأفعال قد يصاحبها الفشل في التعامل مع الزوج المعتدي.
- عندما تعتقد الزوجة أن سلوكها يؤثر في بعض الأحيان في زوجها بصورة ايجابية وبصورة سلبية في أحيان أخرى، فإنها تصبح غير قادرة على التنبؤ بردود فعله.
- وعندما تصبح الزوجة عاجزة عن التنبؤ، فإنها لا تبحث عن بدائل سلوكية أخرى كالهروب مثلاً، لأنها لا تعرف ما يمكن أن يجلبه عليها هذا السلوك من تبعات أذى جسيم من قبل زوجها أو في الحياة العامة، فتتمسك بسلوكياتها القديمة حتى ولو جلبت عليها الأذى الجسيم الذي تعرفه ( فشر تعرفه خير من شر لا تعرفه).
- في النهاية، يصبح هم الزوجة الأساسي هو: كيف تتعامل مع الأذى الجسيم طالما أن كل اساليبها قد باءت بالفشل لإيقافه، كما أنها تتعلم تدريجياً أنه ما من أحد يمكن أن يمد لها يد المساعدة سواء من الأهل أو الأصدقاء أو من الأجهزة الرسمية وغير الرسمية.

- عندما تصل إلى اليأس وتغلق أمامها جميع الآفاق، فإنها قد تلجأ إلى سلوكيات انسحابية أو حقيرة قد تصل إلى درجة إدمان المخدرات، كما قد تطالب بإسقاط أي تهمة عن زوجها أمام الشرطة أو المحاكم، لأنها تعتقد بأن الزوج صاحب فضل عليها.

- عندما تشعر الزوجة المعتدى عليها بفضل الزوج عليها، فإن هناك مدخلاً نظرياً آخر لتفسير هذا الأثر السلبي عليها.

### نظرية متلازمة الأذى الجسيم:

ففي هذه الحالة فإن الزوجة التي تتعرض للضرب المبرح، تشعر بالعرفان والفضل لزوجها عليها على الرغم من تعرضها للأذى الجسيم من قبله، وبذلك فإن صلتها مع زوجها تتوثق بدلاً من أن تضعف، وهذا ما يطلق عليه نظرية توثيق الصلة بمصدر الصدمة كأثر مباشر من آثار العنف الأسري ضد المرأة.

### نظرية توثيق الصلة بمصدر الصدمة:

Traumatic Bonding Theory طور كل من "Painter and Dutton" هذه النظرية عام ١٩٨١م لدراسة الأسباب التي تؤدي إلى العنف الأسري من جهة والآثار المترتبة على ذلك من جهة أخرى، . أما آثار العنف الأسري ضد المرأة وفقاً لنظرية توثيق الصلة بمصدر الصدمة فإنها تتلخص فيما يلي:

- عندما تهجر الزوجة بيت الزوجية، فإن مخاوفها الحالية تبدأ في التلاشي.
- بعد هجرها أو انفصالها عن زوجها مباشرة تشعر بفراغ عاطفي، ولملء هذا الفراغ فإن مشاعر المحبة نحو زوجها المعتدي تبدأ في الانتعاش مرة أخرى.

- تعاظم مشاعر المحبة تدفعها مرة أخرى للعودة إلى زوجها رغبة في منحه فرصة أخرى.

ونظرية "Painter – Dutton" تركز على مفاهيم توزيع السلطة والرابطة العاطفية بين الزوج والزوجة بالتركيز على آليات العلاقة العدوانية أكثر

من التركيز على البحث عن أي خلل في الشخصية أو الوضع الإقتصادي والإجتماعي. وتقوم هذه النظرية على سمتين للعلاقة وهما: عدم التوازن في توزيع السلطة بين الزوجين من جهة ومن جهة أخرى إلى الطبيعة المتقطعة للأذى الجسيم التي يمكن أن تفسر لماذا تبقى الزوجة مع زوجها الذي يعرضها للأذى الجسيم؟! وحتى لماذا ترجع إلى هذه العلاقة مرة أخرى بعد أن تتخلى عنها؟

والإجابة على الأسئلة الأخيرة تتم في ضوء ما يلي من عوامل:  
العامل الأول: عدم توازن السلطة:

- عندما تقوم السلطة الأسرية على عدم التوازن بين الزوجين، فإن الزوجة (المستضعفة) تنتابها مشاعر سلبية نحو تقييمها لنفسها.
- عندما تقلل من قيمتها، فإنها تصبح عاجزة عن درء الخطر عن نفسها، وأنها تحتاج إلى شخص أقوى منها ليوفر لها الحماية.
- هذه الدائرة من الاعتماد على الغير واحتقار الذات تتكرر المرة تلو الأخرى، وبالضرورة فإنها ستقيم رابطة قوية لإفكاك منها مع الشخص الأقوى، وهو في الوقت نفسه الشخص الذي يعتدى عليها.

العامل الثاني: الطبيعة المتقطعة للأذى الجسيم:

- تتمثل الطبيعة المتقطعة للأذى الجسيم في أن الزوج (المعتدي) يعرض الزوجة للإيذاء الجسيم بصورة دورية سواء بالتهديدات أو مختلف أنواع الإيذاء الجسدي الجسيم.
- الفترات الزمنية الفاصلة بين الإعتداءات الجسيمة تتسم عادة بسلوكيات طبيعية مقبولة اجتماعياً، ونتيجة لذلك يحدث نوع من الارتباط الوثيق بين الأذى الجسيم ومحاولة التخلص من هذا الأذى.
- الارتباط الوثيق بين الأذى الجسيم ومحاولة التخلص منه يؤدي إلى تدعيم الأذى الجسيم، مما يعني إرتباط الزوجة العاطفي الحميم بالزوج، ويؤدي ذلك إلى استمرارية سلوكيات العنف التي يصعب تغييرها أو تعديلها.

["http://www.undp.org/rblac/gender/legislation/chapter,8](http://www.undp.org/rblac/gender/legislation/chapter,8)  
Domestic violence"

ويرى منظور آخر أن الزوجة التي تتعرض للعنف الأسري تطور منظومة متميزة من المعتقدات أثناء تعرضها لعملية الأذى الجسيم، وذلك على النحو التالي.

#### منظور منظومة المعتقدات:

١. معتقدات سابقة للعلاقة الزوجية ، وهي معتقدات تتشكل كنتيجة لخبرات الطفولة المبكرة، للزوجة أنها - ربما - كانت قد نشأت في بيت يسوده العنف، فأعتقدت أن كل النساء يتعرضن للأذى الجسيم، ومن ثم فإن الأذى يمتزج بالحب في واقع الحياة.

٢. معتقدات تطورت أثناء علاقة الأذى الجسيم ونتج عنها الإحساس بالخوف واحتقار الذات وتعلم العجز أو أي آليات أخرى تحول دون أن تترك الزوجة المعتدى عليها بيت الزوجية.

٣. المعتقدات التي تطورت بصورة لاحقة للأذى الجسيم، ويشمل ذلك اضطرابات ضغوط الصدمة اللاحقة والإكتئاب والأعراض الأخرى التي تؤثر على مقدرة المرأة في أداء وظائفها بصورة طبيعية في المجتمع.

ومنظور منظومة المعتقدات ذو صلة مباشرة بمنظور آخر يفسر نتائج العنف الأسري في ضوء المشاعر الذاتية للمرأة التي تتعرض له.

#### منظور المشاعر الذاتية:

يتفحص هذا المنظور المشاعر الذاتية للمرأة، من خلال قائمة لسلسلة من العوامل التي تفسر لماذا تحافظ المرأة على علاقات يسودها العنف الأسري، وذلك وفقاً لما يلي:

- الخوف: تخشى المرأة أن يلاحقها الزوج إذا تخلت عنه، فالمعتدي في هذه الحالة قد لا يهدد الزوجة بالملاحقة فقط، ولكنه قد يهدد الأطفال أو غيرهم من أعضاء الأسرة بالملاحقة.

- العجز: كثير من النساء المعتدى عليهن يشعرن بأنهن قد وقعن في شرك علاقات الأذى الجسيم التي لا يمكن الفرار أو الخلاص منها أو قد لا يرين مخرجاً منها، وقد يشعرن بأنهن وحيدات ومعزولات ولا يوجد أحد يمكن أن يقدم لهن يد المساعدة، فالمعتدي يزداد قوة وتصبح بيده مفاتيح اللعبة كلها.

- تأنيب الضمير ومشاعر الفشل: كثير من النساء اللاتي يتعرضن للأذى الجسيم، قد تمت تنشئتهن على الاعتقاد بأنهن المسؤولات عن نجاح الحياة الزوجية وترك العلاقة الزوجية نتيجة للأذى الجسيم الذي تتعرض له، سيكون اعترافاً منها بفشلها، بالإضافة إلى أن بعض النساء قد يعتقدن أنهن سبب العنف ويستحقين العقوبة لذلك ( فقدان الثقة في أنفسهن وفي الآخرين من حولهن والإرتياب فيهم).

- فقدان الموارد: النساء اللاتي يتعرضن للأذى الجسيم، نساء معزولات ولديهن مقدرة محدودة، إن كانت لديهن أي مقدرة - على الحصول على تمويل أو الوصول إلى أنساق مساندة اجتماعية، وحتى لو كانت لديهن رغبة أكيدة في هجر العلاقة الزوجية، فإنهن لا يملكن القدرة المالية ( أو الثقافية) على فعل ذلك ( خاصة بالنسبة للنساء المهاجرات أو اللاجئات).

"http:www.undp...chapter 8, Domestic violence"



## الفصل السابع

### مآزق الحماية من العنف ضد المرأة وآثاره

أصبحت ظاهرة العنف الأسري أو العنف ضد المرأة ظاهرة عالمية وربما كانت ظاهرة مسكوت عنها في الماضي ولكن أصبح السكوت عليها الآن شبه مستحيل بما لها من آثار تدميرية على الموارد سواء أن كانت مادية أو بشرية. فمثلاً أن المرأة ضحية للمعتدين من الرجال فإن الرجال المعتدين أنفسهم قد يكونون ضحايا لمجتمعاتهم، كالفقراء منهم مثلاً ، وذلك للأسباب التالية:

١. إيذاء المرأة الجسيم سلوك متعلم من قبل المعتدي.
٢. السلوك العدواني قضية علاقة بين طرفين.
٣. إيذاء الزوجة يترتب عليه شعور باليأس بين الطرفين إلا انه في الوقت نفسه يعتبر محاولة غير موفقة لإحداث تغيير في العلاقات بين الزوجين. ورغبة دفيئة في محاولة تمتين هذه العلاقة ولكنها تبوء بالفشل في معظم الاحوال.
٤. الإيذاء بمجرد أن تدور دائرته فإنه يسير نحو الأسوأ في تكراره وحدثه، إذا لم تتدخل جهات الخدمة الاجتماعية التي أصبحت مؤهلة لتداركه بصورة علمية أكثر من مجرد أجاويد تتوفر لديهم النية الحسنة وتتفهم المعرفة العلمية الآثار المفاجئة للحياة الزوجية في بدايتها والآثار الصحية والإقتصادية والقانونية والنفسية ، وضحايا العنف الأسري غالباً من النساء أو الزوجات على وجه التحديد. والضحايا هنا لا يمكن حصر أعدادهن ولا معرفة نسبتهن من بين المتزوجين لما للحياة الأسرية من خصوصيات ومحظورات لها مراحل محددة في حالة العنف ضد الزوجة.

## المرحلة الأولى : الصدمة الاولى في الحياة الزوجية:

من المفاهيم الخاطئة في العلاقة بين الرجل والمرأة والتي تشجع على تنامي العنف الأسري منذ بداية الحياة الزوجية ما يلي من تلك المفاهيم:

- الرجال يجب ان يتسموا بالعنف والنساء بالإستسلام والسلبية.
- التسامح يفسد النساء والأطفال على حد سواء.
- على الرجل أن يتصف بالصرامة والجدية داخل الأسرة.
- الرجل مسؤول عن تأمين الرزق والمرأة عن الشئون المنزلية.
- حاجة المرأة أقل أهمية من حاجات أسرتها.
- الرجال يجب أن يتولوا السلطة داخل الأسرة وتقع عليهم مسؤولية الضبط والسيطرة.
- الرجال مسؤولون عن توفير الاحتياجات المادية للأسرة والنساء مسؤولات عن توفير الاحتياجات العاطفية.

نتيجة للتنشئة الاجتماعية في الأسر غير السوية يدخل الزوج على الحياة الزوجية وهو يحمل الأفكار السابقة، ويزداد الأمر سوءاً إذا صطحب مع هذه الأفكار مشاهداته في الطفولة لعنف كان يمارس داخل الأسرة، فيتعلمه ويسعى شعورياً أو لا شعورياً لتقليده (Zastrow,1993:481-98).

في بداية الحياة الزوجية، بل في ليلة الزفاف ، قد تتعرض العروس للأذى الجنسي الجسيم أو الضرب، وفي مثل هذه الحالات قد يسارع الزوج إلى الاعتذار عن ما بدر منه دون وعي منه كما يدعي ، وقد يكون صادقاً، مظهراً للعواطف الجياشة أو يغريها بالهدايا. ويقسم أن ذلك كان اضطراراً منه، وكأن الفعل الذي أقدم عليه قام به شخص آخر، ولكنه سرعان ما يكرر ما فعله مدعياً أنها في هذه المرة هي التي أجبرته على ذلك. وبالتدريج ومع تكرار الإيذاء سرعان ما تقتنع الزوجة المعرضة إلى الأذى الجسيم بأنها هي المخطئة، خاصة عندما تحاول التحدث إلى صديقاتها أو مكاشفة أسرتها في حقيقة ما يجري لها،

وتمر هذه المرحلة بخصائص معينة بالنسبة إلى المرأة المعتدى عليها وهي كالآتي:

١. الزوجة لا تصدق في بداية حياتها الزوجية أن زوجها الذي أحبها وأحبته سيعرضها إلى الأذى الجسيم فعلاً أو قولاً أو إشارة، وإذا أبدى أسفه ستتسامح معه أملاً في العودة إلى رشده.

٢. تجهد الزوجة عقلها بمحاولة فهم أسباب الأذى واستيعاب هذا الأذى وبالتكرار يصبح جزءاً من حياتها ولا تستطيع الفكاك من حياتها لأنه من الصعب عليها أن ترى بديلاً لها كالطلاق مثلاً.

٣. خضوع الزوجة التام للأذى الجسيم يجعل الزوج يزداد شيئاً فشيئاً شعوراً بالعظمة فيصبح أكثر أنانية وحباً لذاته.

٤. مع استسلام الزوجة التي لا حيلة لها يصبح الزوج ناقداً لكل ما يبدر من زوجته ، ويكثر من الشكوى من الطعام حيناً وان زوجته غير مشبعة له جنسياً أحياناً أخرى ، وقد يكثر من الأكاذيب ويتمادي فيها، وتصبح المعاشرة الزوجية من أجل أن يكشف كل شريك ضعف الشريك الآخر جنسياً.

٥. تبدأ الزوجة، من كثرة شكاويه ، تشك في قوى زوجها العقلية ، وخاصة في مرحلة الحمل لو حدثت، فالحمل غالباً ما يفجر غضب الزوج المعتدي مما يترتب عليه آثار صحية للأم والجنين معاً لأنه يعرضها للإيذاء.

الأذى الجسيم في هذه المرحلة يتحول إلى إيذاء مبرح يتطلب علاجاً طبياً لكثير من حالات النزيف والإجهاض أو التوليد المبكر، كما توصلت بعض الدراسات إلى أن معدل النساء اللاتي يتعرضن للضرب يلدن مواليد ناقصي الوزن يزيد أربع مرات بالمقارنة مع غيرهن من النساء بالإضافة إلى سمات أخرى، وخصائص هذه المرحلة تتمثل في الآتي:

١. للإيذاء الجسيم تأثير مباشر على صحة الضحايا الجسدية والنفسية، وغالباً لا تعرف مثل هذه الحالات لأنها تعتبر من صميم الخصوصيات الأسرية.

٢. النساء اللاتي يعالجن من الجروح الكسور والكدمات في أقسام الطوارئ غالباً ما يكن قد تعرضن للإيذاء من قبل أزواجهن، وهن في حالة السودان غالباً من الاحياء الطرفية.

٣. من أنواع الأذى الجسيم غير الجروح والكسور والكدمات الظاهرة عمليات الخنق وكتم الأنفاس وتكميم الأفواه التي تؤدي إلى مشكلات صحية مستقبلية.

٤. علاج الآثار الصحية الناجمة عن الأذى الجسيم ربما يكلف الأسرة والمجتمع مبالغ وموارد مالية وبشرية باهظة، وربما قد يترك آثاراً اجتماعية تقلل من إسهامات المرأة ونشاطها الاقتصادي.

#### المرحلة الرابعة: الآثار الاقتصادية:

الأذى الجسيم له آثار مدمرة على المرأة العاملة فالزوج المعتدي غالباً ما يضع كل العراقيل أمام زوجته العاملة لكي لا يتيح لها العمل فرصة الإفلات من قبضته أو سيطرته على شتى مناحي حياتها ومصدر حريتها أو ممتلكاتها. والعراقيل تأخذ الأبعاد التالية:

١. الزوجة لا تستطيع أن تحافظ على تطورها المهني لأنها قد تكثر من الغياب لما تتعرض له من أذى ظاهر يتطلب علاجاً أو خوفاً من رؤية الكدمات أو الجروح أو الأورام.

٢. يغلف الزوج عراقيله بالتظاهر بالغيرة على زوجته من الإختلاط مع زملاء العمل ونجاحها في العمل يزيد غيرته.

٣. الإيذاء المتكرر وما يصاحبه من غياب بإذن أو بغير إذن عن العمل قد يؤدي إلى عقد مجالس تأديب للزوجة العاملة أو الاستقطاعات من راتبها أو ما تستحقه من إجازات أو معاش أو مكافآت ما بعد الخدمة.

٤. الزوج المعتدي قد يمارس ضغوطاً على زوجته كالتهديد بعدم السماح لها بالإستمرار في عملها فيبيتزها مالياً أو يشجعها على الإستدانة أو بيع أملاكها أو مصوغاتها وحليها.

٥. قد يستولى على أموالها بالقوة أو التهديد أو الوعيد أو الكلام المعسول أو الوعود الزائفة أو الرومانسيات أو التزوير أو رفع يده كليا أو جزئيا عن الإنفاق على الأسرة بإعاء أنها خالفت رغبته وواصلت العمل أو أهملته هو.

٦. الزوجات المهنيات قد يتعرضن للأذى الجسيم ولكن حفاظاً على سمعتهن قد يؤثرن السكوت على ما يلحق بهن مما يضاعف من مأساتهن على كل المستويات.

#### المرحلة الخامسة – تأثير الأذى الجسيم على أجهزة العدالة الجنائية:

في غالب الاحوال أن الزوجة التي تتعرض للأذى الجسيم قد لا تقدم على إبلاغ أجهزة العدالة الجنائية كالشرطة خوفاً من إتساع رقعة الخلاف أو من انتقام الزوج أو حتى الخوف من حبسه أو سجنه أو وضعه تحت الرقابة أو تخريمه. ولكن المشكلة أن لإيذاء الزوجة أثراً أخرى جنائية على بقية أفراد الأسرة ومنها:

١. العنف الأسري يعتبر السبب الرئيسي لتشرد النساء والأطفال على حد سواء ومع التشرد تتنامى الجرائم وتتنوع.

٢. العنف ضد الزوجة قد يتصاعد ليصل إلى درجة القتل العمد. كما قد تلجأ الزوجة بعد اليأس إلى قتل الزوج وخاصة بين الفئات متدنية الدخل أو المستويات المعيشية.

٣. الأولاد قد ينتقمون من آبائهم إذا عرضوا أمهاتهم للأذى الجسيم بصورة مستمرة.

٤. الإيذاء الجسيم قد يؤدي إلى إنتحار أو محاولة انتحار بعض الزوجات وخاصة الزوجات صغيرات السن اللائي لا يعرفن ان لهن أمل في الحياة. والمقدمات على الإنتحار أو من ينتحرن غالباً ما يمررن بمراحل اضطرابات نفسية قد يعيها من حولهن أو يتكتمون عليها لأن سببها الإيذاء الجسيم الذي لا يودون الكشف عنه.



### المرحلة السادسة: الآثار النفسية:

الآثار النفسية للأذى الجسيم بكل أنواعه ودرجاته لا تظهر فجأة في حياة الزوج، ولكنها تتطور تدريجياً وفي الغالب يسبقها الأذى الجسدي واللفظي والإقتصادي ليتم تدريجياً تجريد المرأة كلية من كل ما يمكن أن تحمي به نفسها من العدوان.

وخطوة فخطوة تجد المرأة بأنها قد أصبحت بالفعل رهينة لزوجها الذي يعرضها للأذى، فتفقد الثقة بنفسها وتتحطم روحها المعنوية، داخل بيتها وخارجها، أما بالنسبة للزوج المعتدي فقد يكون شخصيته مزدوجة، قاس وفظ وعنيف متوحش داخل البيت، ولكنه خارج البيت يعتبر رجلاً متفانياً وناجحاً في عمله، ربما ليغطي فشله داخل البيت، كما قد يبدو وسيماً وجذاباً ولطيفاً مع عامة الناس، ولذلك عندما تبدأ الزوجة في الشكوى أو التظلم منه، فإن الناس الذين يعرفونه في الخارج قد لا يصدقونها ويردون إليها إتهاماتها له، مما يعصف بكل مقدراتها على التنبؤ بردود فعل الآخرين سواء داخل المنزل أو خارجه، فتستسلم للخوف واليأس والإحباط وفقدان الأمل، خاصة وأن بعض الأزواج المعتدين - على العكس من زوجاتهم - لديهم قدرة فائقة منذ البداية على اختيار الزوجة التي يمكن أن يعتدي عليها ومتى يعتدي عليها وكيف يعتدي عليها، ورصد النتائج المترتبة على عدوانه، خاصة وأن هناك ثقافات عامة قد تشجع الأزواج أو تعدهم منذ الطفولة لغرض سيطرتهم وهيمنتهم على زوجاتهم، فيصبح العدوان جزءاً من الآلية التي تحفظ لهم هذه السيطرة أو الهيمنة، خاصة بين الأزواج الأقل تعليماً والأقليات الثقافية والعطالي وذوي الدخل المنخفض والفقراء والأعمال، وصغار السن من الأزواج وخاصة في الفئة العمرية (١٨-٣٠) سنة. ٢٩-٤٧ : Berry,2000).

من الناحية النفسية، فإن النساء اللاتي تعرضن للأذى الأسري الجسيم قد يشاطرن أزواجهن بعض السمات الشخصية العامة، فشانهن شأن بعض المعتدين قد يكن قد تعرضن في طفولتهن للأذى الجسيم في بيوت يسودها العنف الأسري، كما قد يكن أقل تعليماً أو خبرات عملية وأصغر سناً ودخلهن قليل أو لا دخل

اقتصاديّ لهن ، وهذا لا ينفي على الإطلاق بأن بعض الزوجات الثريات أو صاحبات الجاه والعلاقات أو التعليم العالي أو الناجحات مهنيّاً في عملهن قد لا يصبحن ضحايا للعنف الأسري ، وإذا اختلفت خلفية النساء اللاتي يتعرضن للأذى الجسيم ، فإنهن قد يشتركن إلى حد كبير في الآثار المترتبة على تعرضهن للأذى وفقاً لما يلي:

● كثير من النساء قد يشعرن بأن الزوج يرغب في أن يعامل كما يعامل الأطفال ، فيشعرن بالأسى نحوهم فيحاولن معالجتهم.

● كثير من النساء قد يشعرن بالخوف من ترك علاقة زوجية يسودها العنف، لأنه قد لا تتاح لهن فرصة الزواج مرة أخرى، وإذا تزوجن مرة أخرى ، فكأنهن يفقدن في المجهول ، فمن يدري أن الزوج الثاني سيكون أفضل من الزوج الأول، وقد تخشى بعضهن عزوبية أبدية ، وفي هذه الحالة يشعرن أنه ما عليهن إلا أن يطورن شعوراً أو شعوراً آليات للتكيف مع حياتهن الزوجية وإن سادها العنف ، فمع إنعدام البدائل ومخاطر البيئة الخارجية تنشط غريزة حب البقاء والمحافظة على العلاقة الزوجية مهما ساءت العلاقات (Berry,2000:51) ومن المدهش أنه كلما إرتقى مركز المرأة الاجتماعي كلما كانت أقل زهداً في محاولة ترك حياة زوجية يسودها العنف. فالمرأة الفقيرة قد تكون أكثر استعداداً لترك مثل هذه الحياة وأقل شعوراً بالوصمة سواء لتركها منزل الزوجية أو لطلبها المساعدة من قبل أجهزة الرعاية الاجتماعية، بالمقارنة مع النساء من الطبقة الوسطى أو العليا. (Berry,200,51) .

● النساء اللاتي يتعرضن للأذى الجسيم من الطبقة الوسطى أو العليا أكثر خجلاً في الحديث عن مشكلاتهن الزوجية، لأنهن يخشين الإدانة أو أن ينبذن من قبل محيطهن الاجتماعي.

● تعاني المرأة مما أسمته (L.Walker) بمتلازمة المرأة التي تتعرض للضرب، وتشخيص هذه المتلازمة يتم وفقاً لأربعة اعراض، هي: (Berry:56).

١. الحزن العميق، كالحزن الذي يعقب وفاة شخص عزيز على الإنسان، ففاجعة الأذى الذي تتعرض له الزوجة مثل فاجعة الموت، عليها تقبلها ، لأنها لا تستطيع ردها.

٢. الكوابيس وإستذكار الماضي وعندما تحلم المرأة أو تتذكر ما تعرضت له من أذى من قبل ، فإن المرأة تفقد القدرة على السيطرة على نفسها وتشعر بالعجز التام.

٣. فقدان المشاعر ومحاولة تجنب أي شئ يذكرها بالزوج المعتدي عليها، بما قد يقود إلى مشكلات في العلاقات مع الآخرين والعزلة وفقدان الإهتمام بالناس الآخرين وبالنشطة الاجتماعية. حيث تعتقد الزوجة بأن زوجها المعتدي عليها سيعرف كل صغيرة أو كبيرة تقوم بها أو تفكر فيها.

٤. وإذا اتسمت الزوجة بأي اثنين أو أكثر من الصفات السابقة فإن استجابتها لكل محاولة ستكون مبالغاً فيها إلى أبعد الحدود سواء تمثل ذلك في القلق الشامل أو التهجم المفاجئ أو الخوف المرضي أو المشكلات الجنسية أو يقظة مفرطة والريبة واضطرابات النوم والإرهاق وتفجر الغضب.

• المرأة التي تعاني من متلازمة المرأة التي تتعرض للضرب، قد تحاول أن تقنع نفسها بأن زوجها يضربها من أجل مصلحتها لكي تكون شخصاً افضل مما هي عليه الآن.

• المرأة التي تتعاش مع الأذى الجسيم تجد نفسها محاطة بعلاقات بالغة التعقيدات تحاصرها عاطفياً ، خاصة إذا كانت قد عاشت في بداية حياتها الزوجية فترة شهر عسل ممتعة تسودها المحبة المتبادلة بين الزوجين.

• المرأة التي تترك زوجها قد تعرض نفسها للخوف والعزلة وانعدام المأوى وتعرض نفسها وأسرتها للتشرد، ([http:// undp ... chapter,8](http://undp...chapter,8))

• مع مرور الزمن تشعر الزوجة التي تتعرض للأذى الجسيم بالإرهاق الجسدي والنفسي معاً، فلا تستطيع التفكير السليم أو الرؤية الثاقبة للأشياء من حولها، فتزهد في المشاركة في القرارات الأسرية وتعجز عن إدارة أي خلاف اسري إدارة جيدة وملائمة.

● المرأة التي تصر على البقاء تشعر بأمل يراودها يقترب حيناً ويبتعد أحياناً أخرى، وتصلي وتدعو الله أن يجعل لها مخرجاً فيخير من حالها أو حال زوجها، وترادوها مشاعر عطف نحو زوجها مهما كان سيئاً، كالمشاعر التي ترتاد الأم نحو أبنائها مهما بلغوا من درجة السوء وعدم الوفاء لها.

● بعض النساء قد يشعرن بأن ما يتعرضن له من أذى أخف بكثير مما تتعرض له أمهاتهن أو ما تعرضن له من أذى في أسرهن الأصلية، فيخترن البقاء مع أزواجهن رغم تعرضهن للضرب من قبلهم  
<http://www.counmselcare.com> .

● قد تشعر الزوجة بأن الزوج في حقيقة الأمر يتفانى من أجل H سرته ويوفر لها ما تحتاجه من نفقات ، وقد يضطر للإشتغال بأكثر من مهنة واحدة لتحسين ظروف عائلته، ولكنه عاجز عن الإقلاع عن ضربها فلماذا لا تعذره أو تأمل في علاجه، فهو صاحب الفضل عليها وإنها مدينة له.

● المرأة التي تتعرض للأذى من قبل زوجها أمام أطفالها، قد يعرضها أبنائها للأذى أيضاً تقليداً لأبائهم ولو إقتصرت الأمر على الأذى اللفظي وخاصة عندما تفكر في إنهاء علاقاتها الزوجية.

● بعض الأطفال قد يستشعرون الخطر على أمهم وعلى أنفسهم فيبحثون أمهاتهم على ترك آبائهم.

● هناك دراسات توصلت إلى أن الزوجات اللاتي طلبن عوناً خارجياً أو مساعدة خارجية أو أنهين علاقات الأذى الجسيم هن اللاتي تعرضن بصورة أقل للأذى في طفولتهن والأكثر تعليماً واللاتي لديهن مهارات عمل بالمقارنة مع اللاتي اخترن استمرار في حياة زوجية يسودها الأذى الجسيم.



- المرأة التي تتعرض للأذى الجسيم لفترة طويلة من الزمن يمكن أن تعرض نفسها لمخاطر عديدة فالموت والجروح أو الأضرار الجسدية من رضوخ وكسور غير مستبعدة (Berry , 2000: 56-60)

والخلاصة أن الآثار النفسية لتعرض المرأة للأذى الجسيم تجعل المرأة تشعر باللوم وبالخجل وتأنيب الضمير ويرادها احساس بانها تستحق العقاب لأنها إختارت الإبقاء على علاقة الزوجية، كما تحتقر نفسها وإنها إمراة لا تعيش عصرها وأنها تافهة، وتلك مشاعر يؤكد لها عدوان زوجها المستمر عليها، فهي كما تخاف من البقاء فإنها تخشى ترك هذه العلاقة ايضاً، فتفقد القدرة على التنبؤ وعدم القدرة على تقرير مصيرها.

"<http://www.undp/gender/rblac/gender/legislation/violence>"

وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن لكل نوع من الأساليب التي يمارسها الزوج على زوجته من أذى جسيم آثار معينة ومن ذلك مثلاً:

#### ١/ آثار استخدام الإرهاب والتهديدات:

- شعور الزوجة بالرعب من مجرد نظرة يلقيها الزوج عليها أو إشارة أو فعل يبدر من الزوج، (<http://www.rivs.org,fact3>)
- اذا انفصلت الزوجة تخشى ان ينفذ الزوج تهديداته فيلاحقها ويقتلها أو أن يقدم هو نفسه على الانتحار أو أن يقتل أبناءه كما يهدد بذلك دائماً.
- الخوف المرضي من أي أدوات أو أسلحة في متناول الزوج سبق أن استخدمت في العدوان على الزوجة أو هددت باستعمالها ضدها، فقد توصلت الدراسات إلى أن ٥٠% من كل النساء سيتعرضن بشكل أو آخر للعنف الأسري خلال زواجهن وأكثر من ثلثهن يتعرضن للضرب بصورة مستمرة.

#### ٢/ آثار استخدام الأطفال في الضغط على الزوجة:

- تخشى الزوجة من ان تجلب انتقام الزوج على أطفالها إذا تركت المنزل، وقد توصلت الدراسات إلى أن الرجال الذين يعرضون زوجاتهم للأذى ،



يعرضون أطفالهم أيضاً للأذى وبمعدل يزيد بـ ١٥٠٠ مرة أعلى من المتوسط في الولايات المتحدة الأمريكية (<http://city>) .

- تلحق بجسد الزوجة علامات مستمرة للأذى الجسيم تحاول اخفاءها حتى على أطفالها، وتخاف من ارجاعها ومن الذهاب للمنزل والتغير المفاجئ في سلوكها عند حضور المعتدي عليها فيترسخ لديها السلوك الإنسحابي حتى من أطفالها (<http://www.andj.edu.baum/table>) .

- إيذاء الزوجة قد يعزر من شعورها بأنها بالفعل مقصرة ومذنبة في حق أطفالها.

- الشعور بأنها تعرض أطفالها للمخاطر اذا تخلت عن العلاقة واخذتهم معها، فالمجتمع يتعامل مع الأسرة كوحدة متماسكة، وكذلك بعض الأديان والثقافات، فكثير من الثقافات والديانات ترمى بثقلها للمحافظة على وحدة الأسرة وتماسكها وتحمل المرأة مسؤولية ذلك.

- تزداد الشكوك لدى الزوجة بأن زوجها قد يستخدم الأطفال ضدها بأشكال عديدة كأن يكونوا وسطاء لتوصيل رسائل التهديد والوعيد من قبل الزوج لوالدتهم أو الكشف عن أسرار الزوجة.

- الأولاد الذين شاهدوا تعرض أمهاتهم للعنف الأسري سيعرضون زوجاتهم للأذى نفسه وبمعدل عشرة أضعاف بالمقارنة مع الأولاد الذين لم يشاهدوا ذلك.

- تخاف الزوجة إذا تركت العلاقة أن تفقد الحق في حضانة الأطفال أو الحق في انفاق الزوج عليهم، وتشعر أن أطفالها قد يؤخذوا منها في أي لحظة وأن جهودها العائلية وتضحياتها من أجلهم قد تذهب أدراج الرياح في أي لحظة.

- جهودها تجاه زوجها وتجاه أطفالها غير مقدرة فالزوج ينظر إلى نفسه كالسيد في بيته وهي مجرد خادمة وتقوم بعمل الخادمة.

"<http://www.counselcare...>"update/dv"

"http://www.city opit..com/police/files"

### ٣/ آثار العزلة:

- تحتفظ الزوجة وتتردد في كل ما تقوله أو تشاهده.
- قطع الصلة مع الأقرباء والأصدقاء والجيران وزملاء المهنة والشك فيهم، لأنه لا يوجد أحد يمكن أن يصدقها.
- فقدان الثقة في مقدرة أجهزة العدالة الجنائية أو أجهزة الرعاية الاجتماعية في حمايتها من العنف الأسري.
- الخشية من أن تكشف حقيقة سلوكيات زوجها خاصة إذا كان شخصاً مرموقاً في المجتمع.

### ٤/ آثار الإهانة المستمرة للزوجة:

- قد يصدق الأطفال بأن والدتهم هي الملوثة كما يقول والدهم أو يخبرهم بذلك.
- الأذى اللفظي للزوجة قد يخرج الأطفال أو قد يجعلهم يصدقون ما يطلق على والدتهم من سب وشتم وقذف بمسميات واوصاف وقحة ومشينة وبذيئة وساخرة وقد يتقمصون هذه الأقوال ويطلقونها على أمهم إذا اشتد خلافهم معها أو قد يطلقونها على زوجاتهم مستقبلاً .

connection ... "http:// www.counselcare

- الأطفال قد يصدقون أن والدتهم حقيقة سيئة وغبية ومهملة، لأن والدهم قد استدرج الأقرباء ليقولوا ذلك للأطفال دون علم الأطفال بالتدابير التي يلجأ إليها والدهم لتأليبهم على والدتهم.
- تحميل الزوجة مسؤولية سوء سلوك الأطفال، والايقاع المستمر بينها وبينهم لإيجاد مبرر للعدوان عليها.
- تكليف الأطفال وتشجيعهم على التجسس على والدتهم، وأن ينسبوا إليها أفعالاً لم تفعلها أو أقوالاً لم تقلها.

#### ٥/ الآثار الناجمة بعد الانفصال أو الطلاق:

- قد يسأل الزوج الأطفال بصورة مستمرة عما تفعله أمهم أو ما تقوله أو عن الأشخاص الذين تتصل بهم وعلاقاتها بالآخرين.
- الإيحاء للأطفال بأن والدتهم هي المسؤولة والملامة عن ما ألم بهم وحدث الطلاق وأنها مريضة عقلياً أو نفسياً.
- محاولة إقناع الأطفال بأن كل ما فعلته وما ستفعله والدتهم خاطئ وإنها لا ترغب فيهم وتحملها مسؤولية تدهور صحة الأطفال ومشاكلهم النفسية.
- إتهامها بعدم العناية بالأطفال وتهديدها بالحرمان من مسؤولية حضانتهم برفع شكاوي قضائية ضدها.
- عدم الوفاء بما صدر من أحكام بالنفقة عليهم أو المماثلة في ذلك.
- اختطاف الأطفال أو احتجازهم بعيداً عنها ومنعها بالقوة من رؤيتهم

"http://city ofil..."

#### ٦/ آثار تكرار العدوان:

- العنف الأسري ظاهرة متكررة بطبيعتها، فهناك معدل امرأة واحدة في كل خمس نساء تعرضت للأذى من قبل زوجها الحالي أو السابق، ذكرت بأنها كانت ضحية لسلسلة من الإعتداءات لا تقل عن ثلاث مرات في كل ستة شهور، وفي الغالب تعرض المرأة نفسها للقتل إذا حاولت إبلاغ الشرطة أو إنهاء العلاقة الزوجية.
- على الرغم من أن ٤٨% من النساء اللاتي يتعرضن للأذى الأسري الجسيم لا يفتحن بلاغات بشأنها، إلا أن مجموع ما تتلقاه الشرطة من بلاغات في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى ٥٧٢,٠٠٠ بلاغاً سنوياً، وأن من ٢-٤ مليون امرأة من كل الأجناس يتعرضن سنوياً للضرب.
- معدل النساء اللاتي يتعرضن للأذى الأسري الجسيم ويقدمن على الانتحار أعلى من معدل النساء اللاتي لا يتعرضن لمثل هذا الأذى.

- الأزواج الذين يعرضون زوجاتهم للأذى الجسيم غالباً ما يهددوهم بالقتل، وقد يقدمون على قتلهم، فهناك أربع نساء يقتلن بومياً في الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة للعنف الأسري، ويبلغ مجموعهن حوالي ١٤٠٠ قتيلة سنوياً، وان ٤٢% من مجموع النساء اللاتي يقتلن في الولايات المتحدة الأمريكية، يقتلن بواسطة أزواجهن ( الحاليين أو السابقين) أو أصدقائهن المقربين.

<http://www.nisv.org/fact6>

<http://www.nisv.org/fact>

- الزوجة التي تتعرض باستمرار للعنف الأسري ، قد تجهل الموارد المتاحة، وتشعر انها وحيدة ، وأنه لا يوجد هناك شخص قادر أو يرغب في مساعدتها.
- الموارد المتاحة قد لا تكون آمنة ولا تشبع احتياجات الزوجة الشخصية إذا كانت احتياجات نفسية، وانه لا مأوى لها غير بيتها ، خاصة إذا كانت من الأقليات الثقافية أو مهاجرة أو لاجئة، فقد لا تمتلك حق المرافعات القانونية أو لا تملك موارد مالية للحصول على مثل هذه الخدمات، أو قد تخشى ملاحقة الشرطة لها في حالة كونها طالبة هجرة أو لاجئة أو مهاجرة غير قانونية.

"<http://www.cityoflt.com/police/files/updates>"

- استمرارية العنف الأسري وتكراره في الحياة المنزلية قد لا يدل على انعدام المحبة الزوجية المتبادلة بين الزوجين في كل الأحوال، مما يجعل الزوجة تعيش موقفين يصعب التوفيق بينهما نفسياً، وهما: رغبتها في الإبقاء على حبها من جهة ورغبتها في أن يتوقف إيذاؤها من قبل الزوج

<http://www.city...>

#### أخلاقيات الخدمة الاجتماعية في مجال العنف الأسري:

العنف الأسري من أكثر مجالات التدخل المهني للخدمة الاجتماعية حساسية وحرماً، ففي كل لحظة من اللحظات تتعرض المرأة للعنف المنزلي

والأذى الجسيم وينسب متفاوتة في مختلف بلدان العالم ، كما يتعرض الأطفال للقدر نفسه من الإيذاء. وعلى الرغم من ذلك فإن العنف الأسري ظل سراً من أسرار العائلة الذي لا يجوز الكشف عنه حتى بالنسبة لأولئك الذين يتلقون علاجاً من قبل الخدمة الاجتماعية. والذين لا يكشفون عن هذا العنف من العملاء قد لا يستطيعون إخفاءه مدى الحياة ، وقد دلت التجارب العملية على أن الكشف عن مثل هذا العنف قد يتم عندما تتفكك الأسرة وينتهي الرباط بين الزوجين بطلب الطلاق أو الطلاق.

والأخصائي الاجتماعي الأسري عليه أن يتعرف بكل دقة على العوامل التي تؤدي إلى العنف الأسري حتى يتمكن من التدخل بفعالية لوضع حد لهذا العنف بالتنسيق مع مختلف الأجهزة والموارد المتاحة. ولقد أسهمت حركة تحرير المرأة بدور فعال في الكشف عن ظاهرة العنف الأسري وسبل علاجها الذي يتطلب تضافر جهود المهنيين في مجالات الصحة العقلية والشرطة والمشرعين ومختلف أجهزة الدولة ومنظمات المجتمع المدني، وعلى المستوى العالمي تم تأسيس محكمة جنابات دولية للجرائم التي ترتكب ضد المرأة في عام ١٩٧٦م ومقرها بلجيكا. وتوصلت حركات تحرير المرأة في مختلف مؤتمراتها إلى أنه لا يمكن القضاء على العنف ضد المرأة ما لم يتم القضاء على عدم توازن القوى بين الجنسين والقضاء على سيطرة الرجال على المجتمعات التي تتسم بنظام الوصاية الأبوية المطلقة، حيث يتم عزل المرأة في كثير من المجتمعات عن القيادات الدينية والسياسية والاقتصادية والتشريعية بما يرسخ من الوضعية الدونية للمرأة والمفاهيم المتعلقة بذلك.

بالإضافة إلى ما سبق، فإن المهنيات الناشطات في حركة تحرير المرأة من العاملات في مجالي الصحة العقلية والنفسية أكدن على ضرورة أن يعارض المهنيون العاملون في مجال العنف الأسري عدم توازن السلطة بين الجنسين. وقد حددت الجماعات العلاجية النسائية مجموعة من الأهداف والموجهات للمهنيين العاملين في مجال الصحة العقلية، تتمثل فيما يلي:



١. تطوير نظرية انثوية للعلاج النفسي ولعلم نفسية المرأة، وذلك من أجل مساعدة النساء على إدراك قيمتهن الذاتية وتحقيق ذواتهن.

٢. استثارة وعي المرأة من خلال عقد ورش العمل والمناقشات وتمثيلهن في المؤتمرات والجامعات ومنظمات الخدمات الاجتماعية.

٣. تدريب المستشارات وفقاً لرؤى مجردة من الانحيازات ضد المرأة التي كانت سائدة في الاستشارات النفسية في السابق.

ومن الأساليب التي أتبعت في معالجة العنف الأسري أساليب علاجية استمدت أصولها من أسلوب معالجة المدمنين على المخدرات أو الكحول، فمن يمارس العنف الأسري أو من يمارس ضده قد يدمن هذا العنف. وغالباً ما يرتبط العنف الأسري بإدمان الكحول في بعض المجتمعات. وهناك انماط شخصية متشابهة لمن يدمنون الكحول أو المخدرات ومن يدمنون العنف الأسري، ولذلك يقترح بعض المعالجين في الخدمة الاجتماعية وفي علم النفس نموذجاً متكاملًا للعلاج من الإدمان، نسبة لتداخل أنواعه، فقد يقود كل واحد منها إلى النوع أو الأنواع الأخرى. ومثلما أن تعاطي الكحول يؤدي إلى خفض التوترات فإن ممارسة العنف الأسري قد تؤدي إلى خفض التوترات اللحظية للمعتدين أو ربما للمعتدي عليهم في بعض الحالات. فالعدوانيون قد يسعون دوماً للإرتباط بشركاء مهينين نفسياً لتقبل العدوان عليهم وهو ما يعرف بالماسوشستية.

وعلاج العنف الأسري، قد يتطلب أول ما يتطلب من الأخصائي الاجتماعي أن يقوم بدراسة النسق الداخلي للأسرة، حيث لا توجد أسرة مثالية في واقع الحياة، والأسرة المثالية ما هي إلا نموذجاً تخيلياً يمثل هدفاً تسعى الأسر والمعالجون على حد سواء للوصول إليه. وكل ما سبق لا ينفي وجود نوعين من الأسرة، هما الأسرة السوية والأسرة غير السوية.

#### **الأسرة السوية:**

تتسم الأسرة السوية بالسمات والخصائص التالية:

١. إظهار قدر من التنوع يعطيها قوة ومتعة.

٢. أعضاء الاسرة افراد متميزون عن بعضهم البعض ولدي كل منهم احساس قوي بذاتيته التي يحترمها الآخرون من أفراد الاسرة ويقدرونها ويبادلونها ثقة بثقة.

٣. يتعاونون فيما بينهم ويتآزرون.

٤. يحلون الصراعات فيما بينهم حلاً سلمياً وفقاً لادوار واضحة الحدود والمعالم وفقاً لأحكام متسقة لتقبل السلوك تقبلاً غير مشروط.

٥. إدارة شئون الأسرة بتلقائية وعفوية وبقدر من المرح والإسترخاء في ممارسة العادات والطقوس الأسرية والعمل وغيرها من الأنشطة الحياتية.

٦. التواصل بين أعضاء الاسرة تواصل مباشر ومفتوح وأمين ويتسم بالرحمة والشفقة والدبلوماسية والخصوصية.

### **الأسرة غير السوية:**

وهي الأسرة التي قد يسود فيها قدر كبير من العنف الأسري ومن سماتها:

١. يشعر أعضاؤها بانهم ينتمون لبعضهم البعض ولكنهم في واقع الأمر يشكون من العزلة أو الوحدة وابتعاد بعضهم عن بعض ولا يوجد بينهم اهتمام حقيقي ببعضهم بعضاً.

٢. البيئة الأسرية بيئة يسودها الخوف واليأس وفقدان الأمل والتعصب.

٣. لا يتضامنون فيما بينهم ، ولكنهم قد يتضامنون معاً لمواجهة أي مهددات خارجية على الأسرة.

٤. تواصل مغلق وربما منعدم بين أعضاء الأسرة وكذلك التقبل.

٥. الأدوار مختلطة ومتداخلة وغير واضحة المعالم.

٦. شكوك حول قضايا الجنس والفجور أو الفسوق واشباع الشهوات، والتشنج والعواطف والحميمية.

٧. تكرار الأزمات وتنوعها والشعور بعدم الطمأنينة.

٨. عدم الإتساق في التعامل وتقرّيع الأطفال ولومهم وعدم تقبلهم وإهمالهم.
  ٩. نكران الواقع وتجاهله بدلاً من الكشف عن المشكلات ومعالجتها.
- إن عملية التدخل المهني للخدمة الاجتماعية في مجال العنف الأسري تتطلب اتخاذ الخطوات التالية من قبل الاختصاصيين الاجتماعيين:
١. المساعدة العاجلة لأفراد الأسرة الذين يتعرضون للأذى الجسيم.
  ٢. إصدار ونشر جميع البيانات والمعلومات الخاصة بالحقوق القانونية والخيارات والفرص المتاحة لإيواء المعتدى عليهم.
  ٣. أن يجمع الاختصاصي الاجتماعي بين دوره كمعالج ودوره كناشط أو مدافع عن ضحايا العنف الأسري.
  ٤. تنظيم جماعات من ضحايا العنف الأسري لمناقشة مختلف الموضوعات ذات الصلة بحياتهم كالطلاق والانفصال والإيذاء الجنسي وتعاطي الكحول والمخدرات والإدمان.
  ٥. التعرف على أنماط العنف الأسري واختلافها باختلاف الأعراق والديانات والفئات العمرية والنوع والثقافات والمستويات التعليمية والاقتصادية والاجتماعية.
  ٦. القضاء على الشعور بالعزلة أو الإقصاء الاجتماعي والاقتصادي والثقافي.
  ٧. معالجة الأفكار الخاطئة السائدة عن العنف الأسري وعلاقة الرجل بالمرأة وعلاقة الكبار بالصغار.
  ٨. إقامة علاقات قائمة على الصراحة والوضوح والتعبير الأمين عن المشاعر بين أفراد الأسرة، مع إعطاء نماذج للحياة الأسرية سواء من خلال أسلوب لعب الدور أو ما يعرف بالدراما النفسية وكافة أساليب العمل مع الجماعات العلاجية في الخدمة الاجتماعية.
  ٩. العمل مع الأطفال المعرضين للأذى الجسيم أو من يشاهدونه داخل أسرهم ، لمعالجة مخاوف هؤلاء الاطفال وشكوكهم واضطراباتهم السلوكية

الأخرى حتى ولو كانوا من القادرين على كتمانها أو الصمت عليها فقد تتفجر هذه الاضطرابات في مراحل لاحقة من حياتهم.

١٠. العمل مع الرجال أو الأزواج الذين يعرضون زوجاتهم أو اطفالهم للأذى الجسيم من خلال مختلف أساليب وأنشطة الجماعات العلاجية في الخدمة الاجتماعية كجماعات الترفيه وجماعات مدني الكحول مجهولي الأسماء " AAI" وجماعات " الونسة " وجماعات الدراما النفسية والابداعات الفنية الأخرى وجماعات السباقات الماراثونية وجماعات اللعب وجماعات الضحك المرتبط بأنشطة رياضية ترويجية.(Zastrow, 1993:432-492)

## خاتمة الكتاب :

من دراستنا لتاريخ نشأة الخدمة الاجتماعية وتطور قيمها ومبادئها ومبادئها كمهنة يتضح لنا أن أخلاقياتها ترجع إلى جهود الخيرين وإلى عمليات البر والإحسان ذات المنطلقات الدينية البحتة في البلدان الأوربية ، ولكنها بالتدريج ابتعدت عن الجوانب الخيرية والتطوعية وأصبحت ممارستها تقوم بالتدريج على أسس عقلانية وعلى دوافع اقتصادية مصاحبة للنزعة الإنسانية لمهنة الخدمة الاجتماعية كغيرها من مهن المساعدة الإنسانية التي يتبغى أو يجب أن تنتفى عنها النزعة المادية أو الربحية من قبل ممارستها .

ولكى تتال الخدمة الاجتماعية اعترافاً مجتمعياً شأنها شأن المهن الراسخة كان لابد من تطوير مؤسسات تعليمها ونظرياتها وطرقها وأساليب ومهارات ممارستها ، وأن يحرص ممارستها على إيجاد صيغة تجمع بينهم لتوحيد مطالبهم من جهة ، ولقصر ممارستها على من هم مرخصون بمزاومتها من حملة شهادات جامعية وما فوقها .

ولأنها مهنة تعمل من أجل خير المجتمع ، فإن عليها أن تقنع المجتمع بجدواها وفعاليتها وقدرتها على تجاوز العقبات والمآزق الأخلاقية التي تواجهها ، خاصة وأنها تتعامل مع نوعية خاصة من العملاء الذين يواجهون مشاكل عديدة في تعاملهم مع المجتمع وفي حياتهم العادية سواء كانوا من المدمنين أو المعاقين أو المصابين بأمراض معدية وقاتلة وموصومة من قبل المجتمع أو صادرة منه كالقسوة والأذى الأسرى الجسم نتيجة للعنف الأسرى أى كان مصدره .

وممارسة الخدمة الاجتماعية كمهنة يجب ألا تترك لحسن نوايا الممارسين من غير المؤهلين ، ولذلك ناقش علماء الخدمة الاجتماعية ما يعرف بالتراخيص المهنية لكي تحفيظ للمؤهلين من الاختصاصيين الاجتماعيين حقوقهم وتحملهم عملاءهم من سوء الممارسة وهدر الامكانيات والموارد وضرورة توظيفها توظيفاً مرشداً يخضع لقيم ومبادئ وأخلاقيات ومبادئ ومتابعة ومحاسبية مهنية بالغة الدقة من خلال منظمات واتحاد وروابط الاختصاصيين الاجتماعيين أنفسهم .



## المراجع العربية :

١. آل سعود ، منيرة بنت عبد الرحمن بن عبد الله ( ١٩٩٩م ) ، إيذاء الأطفال ، رسالة دكتوراة ، قسم الدراسات الاجتماعية ، جامعة الملك سعود ، الرياض .
٢. عجوبة ، مختار ابراهيم ( ١٩٨٨م ) الجذور التاريخية لمفهوم المهنية فى الخدمة الاجتماعية وتأثيرها فى نشأة الخدمة الاجتماعية وتطورها فى الوطن العربي ، مجلة كلية الآداب ، عمادة شؤون المكتبات ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، مج ١٥ ، ٢١ .
٣. عجوبة ، مختار ابراهيم ( ١٩٩٠م ) الرعاية الاجتماعية وأثرها على مداخل الخدمة الاجتماعية المعاصرة ، المملكة العربية السعودية ، الرياض ، دار العلوم للطباعة والنشر .
٤. عجولة ، مختار ابراهيم ( ١٩٨٧م ) الخدمة الاجتماعية وقضايا التنمية فى الوطن العربي : دعوة لتجسير الفجوة بين المنظرين والممارسين ، مجلة كلية الآداب ، جامعة الملك سعود .... مج ، ١٤ ، ع ٢ .

## المراجع الإنجليزية :

- Ausgins , David ( 1970 Social Works Relation to National Development in Developing Countries , in " Social Work Journal of NASW , 39 ( January , 1970 , p . 130 .
- Austin , David ( 1983 ) the Flexner Myth and the History of Social work , " Social service Review , ( Universally of Chicago , 123 September 1983 , p.358 .
- Crasissati , 1998 , Child Sexual Abuses , East Sumex , UK. Psychology Press.
- Graham , D, . Ans Rowlings . E. 1999 , Observers, Blaming of Battered Wives in ( editor) M.A. Paludi , the Psychology of Sexual Victimization pp. 53-94 London , Green Wood .
- Hardcastle , David a. ( 1983 ) Certification , licensure , and other forms of Regulation , in ( editors ) Aaron Rosenblatt and Diana Watford " Handbook of Clinical Social work , London , Josses – Bass , pp : 827 – 843 .
- Jones , Chris ( 1979 ) Social Work Education , in Social Work , welfare and the State , pp : 72 -73 .

- Leiy Ding , I .( 1980 ) Social work , Social service Review , 54 , no 1 ( 1980 ) pp.7- 10) .
- Lemmon , John Allen ( 1983 ) Section VI , Values , Ethics , and legal Issues , in editors , Aaron Rosenblatt and Diana Warlord .... Pp : 845 – 955 .
- Martin Davies ( 2002 ) editor , Companion to Social Work L London , Blackwell .
- Meyer ,Carol H . ( 1979 ) What Directions for Direct practice ,, Social Work Journal of NASW , 24 , on 24 ( July 1979 ) p: 14.
- Nigel parton , ( editor ) ( 1996) Social theory , Social change and Social work , London , Rutledge .
- Parry , noel and Parry , Jose ( 1979) Social Work Professionalism and the State " in Social Work welfare and The State Noel parry et – at , London , Edward Arnold ,p .
- Ptacek , J 1988 , Why Do Men Batter Their Wives in (EDITOT ) Bergen .. pp .181 -195 ,
- Schwartz , Edward , ( 1977) Macro Social Work , A Practice Of Some Theory , ( Cleavage ) , University of Chicago Press , p . 209 .
- Siporin , Max ( 1978 ) " Practice Theory and Vested Interest " in Social Service Review " 52, no .3. 1978 , pp . 418 – 430.
- Stark E. and Flitcraft , A 1998 , Women and Children at Risk , A Feminist Prospective on Child abuse , in ( edit ) Bergen , R . Issues in Intimate Violence London , SAHE Publications ).
- Unworthy , Clive " 1979 ) the Balance of Medicine , Law and Social Work in Mental health legislation " in Social Work Welfare and the State , p .14 .
- Zastro , Charles . (1993) Social Work with Groups , Chicago , Nelson Hall .

\*\*\*

بسم الله الرحمن الرحيم

## دار عزة للنشر - الخرطوم

ت: ٨٣/ ٧٨٧٢٠٠ فاكس: ٠٠٢٤٩/٨٣٧٩٧٠٨٤ - ٠٠٢٤٩/٨٣٧٨٧٢٠٠

الرقم	الكتاب	المؤلف	نوع الكتاب	المسعر بالجنيه	السنة
٢٦٩	علي قصر سيداً	د. عبدالقادر الرفاعي	دراسة	٢٥	٢٠٠٧
٢٧٠	أسرار جهاز الأسرار	عبد ماثم ابوريث - محمد عبدالمرير محمد	دراسة	٢٠	٢٠٠٧
٢٧١	أعاصير استوائية	عبد الرحمن فضل	رواية	١٥	٢٠٠٧
٢٧٢	بناء أمة	د. عبدالرحيم محمد بابكر	دراسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٣	تقويم نقدي لتجربة الحزب الشيوعي	تاج السر عثمان	سياسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٤	موسم الهجرة إلى اليمين	صدقي كبلو	سياسة	٨	٢٠٠٧
٢٧٥	حول النخبة والطبقة الجهورية	صدقي كبلو	سياسة	٧	٢٠٠٧
٢٧٦	حول نظرية الثورة السودانية	صدقي كبلو	سياسة	٧	٢٠٠٧
٢٧٧	السياسة الاقتصادية للدولة والثورة للمهدية	صدقي كبلو	سياسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٨	الماركسية وقضايا الثورة السودانية	الحزب الشيوعي السوداني	سياسة	١٠	٢٠٠٧
٢٧٩	المرأة السودانية ظلمات الماضي واشراقاته	مختار عجوبة	دراسة	١٠	٢٠٠٧
٢٨٠	الراسمالية	د. محمود محمد يسن	اقتصاد	٦	٢٠٠٧
٢٨١	ضربة البداية	د. بابكر علي ديومة	مجموعة قصصية	١٠	٢٠٠٧
٢٨٢	دليل الألساب	عثمان حمد الله	دراسة	١٥	٢٠٠٧
٢٨٣	قباب الشرق	صلاح عمر الصادق	آثار	٢٠	٢٠٠٧
٢٨٤	خواطر وذكريات عن أهل الفن بشمبات	د. كامل إبراهيم حسن	مذكرات	١٠	٢٠٠٧
٢٨٥	الشخصيات	د. كامل إبراهيم حسن	مذكرات	١٠	٢٠٠٧
٢٨٦	كيلا تختلط الأوراق من يقود الراسمالية	د. صدقي كبلو	سياسة	٨	٢٠٠٧
٢٨٧	ورود الشتاء	أمير عوض إبراهيم عثمان	رواية	١٠	٢٠٠٨
٢٨٨	أحزان لها تاريخ	صلاح الفكي	رواية	١٠	٢٠٠٨
٢٨٩	CHRISTIAN - MUSLIM RELATIONS IN SUDAN A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CHURCH AND STATE	GABRIEL GAI RIAM	دراسة	١٥	٢٠٠٨
٢٩٠	تاريخ سلطنة المسبعات	سميرة العوض حامد جبر الدار	تاريخ	٧	٢٠٠٨
٢٩١	أجراء الريف	يوسف عبدالحميد	سياسة	٦	٢٠٠٨
٢٩٢	دارفور حقيقة الثورة والإبادة	نو للنون التجاني أحمد	سياسة	٢٠	٢٠٠٨

٢٩٣	الاتجاهات الفكرية للمرأة السودانية	فاطمة بابكر	سياسة	٢٠	٢٠٠٨
٢٩٤	أهم آفات الذرة بالإقليم الأوسط ووسائل مكافحتها	محمد المصطفى حسن	زراعة	١٠	٢٠٠٨
٢٩٥	الجمينا مدينة لكل الناس	آدم يوسف	رواية	١٠	٢٠٠٨
٢٩٦	أغاني الحقيقة الحبيبة	محمد الحسن علي (الجقر)	أدب	٢٠	٢٠٠٨
٢٩٧	العلة المادية والاشتراكية	محمد يسر	سياسة	١٥	٢٠٠٨
٢٩٨	حسن أفندي	د. كامل إبراهيم	مقالات	١٠	٢٠٠٨
٢٩٩	دراسات في التصوف	د. نصر الدين سليمان	دين	١٥	٢٠٠٨
٣٠٠	رد الجميل	محبوب شريف	أدب		٢٠٠٨
٣٠١	المهدية والسودان المصري	محمد المصطفى حسن	تاريخ	٤٠	٢٠٠٨
٣٠٢	الماضي المعاش في جبال النوبة	د. يوسف اسحق أحمد	اجتماع	٢٠	٢٠٠٨
٣٠٣	أغاني الحقيقة والتقصص الحبيبة	محمد الحسن علي (الجقر)	أدب	٢٠	٢٠٠٨
٣٠٤	ضد ذاكرتي	عبد المنعم الكتياي	شعر	١٠	٢٠٠٨
٣٠٥	نظريات علم الاجتماع والنوع	د. الهام عبدالرحمن عثمان	اجتماع	١٥	٢٠٠٨
٣٠٦	مبادئ فيزياء الجوامد	أحمد خوجلي	فيزياء	٢٠	٢٠٠٨
٣٠٧	العولمة واقتصاد السودان	د. عمران عباس يوسف	اقتصاد	٣٠	٢٠٠٨
٣٠٨	من كل ربع قطرة	آدم محمد أحمد عمر	أدب	١٥	٢٠٠٨
٣٠٩	الانصاف لمدح كامل الأوصاف	السوال خلف الله القریش	شعر	١٠	٢٠٠٨
٣١٠	الطبقة الجديدة - تحليل للنظام الشيوعي	ترجمة: د. موسى عبدالله حامد	دراسة	٢٠	٢٠٠٩
٣١١	من مانديلا إلى عبدالله الطيب	هاشم مساوي	دراسة	١٠	٢٠٠٩
٣١٢	جبال النوبة الإثنية السياسية والحركة الفلاحية	عطا البطحاني	دراسة	٢٠	٢٠٠٩
٣١٣	نظرات في المجتمع الإسلامي	عبدالله الطيب	دراسة	١٠	٢٠٠٩
٣١٤	العزلة - الوحدة والانفصال	د. جون قاي نوت يوه	سياسة	١٥	٢٠٠٩
٣١٥	ثورة في جبال الأستوائية	د. جون قاي نوت يوه	سياسة	١٥	٢٠٠٩
٣١٦	آفاق وتحديات	د. جون قاي نوت يوه	سياسة	١٥	٢٠٠٩
٣١٧	أشكال التنمية الاقتصادية	د. موسى صالح حريكة	اقتصاد	١٥	٢٠٠٩
٣١٨	الإدارة التعليمية مبادئ وتطبيقات عملية	د. موسى صالح حريكة	تربية	١٠	٢٠٠٩
٣١٩	لك الحب	مصطفى سند	شعر	٦	٢٠٠٩
٣٢٠	الفارس الأعزل	محمد الوائلي	شعر	١٠	٢٠٠٩
٣٢١	المدينة مجهولة الهوية	مها عبد المنعم	م. قصصية	١٠	٢٠٠٩
٣٢٢	أوزان الدوبيت السوداني	محمد الوائلي	دراسة	١٠	٢٠٠٩
٣٢٣	مع الدوبيت	سعد عبدالقادر العاقب	دراسة	٢٠	٢٠٠٩



٢٠٠٩	٦	شعر	د. محمد الواصل	أم درمان تحتضر	٣٢٤
٢٠٠٩	١٠	شعر	هيثم مامان	موسم الحب	٣٢٥
٢٠٠٩	١٠	شعر	هيثم مامان	مذكرات عاشق	٣٢٦
٢٠٠٩	١٠	م. قصصية	هدى الجزار	الجوافة	٣٢٧
٢٠٠٩	٢٠	لغة عربية	د. سلوى طيفور أحمد طيفور	الزمخشري وابن يعيش	٣٢٨
٢٠٠٩	١٠	م. قصصية	عثمان شنفر	ثلاثتهم ذمافنة - حرباوات لدنة خضرآء برائحة تنيق	٣٢٩
٢٠٠٩	١٥	دراسة	بدر الدين يوسف السميث	وذكرهم بأيام الله	٣٣٠
٢٠٠٩	١٥	"	بدر الدين يوسف السميث	ما وراء الكلمات	٢٣١
٢٠٠٩	١٥	"	بدر الدين يوسف السميث	شذا زهرة الحياة	٢٣٢
٢٠٠٩	١٥	"	بدر الدين يوسف السميث	علامات على طريق مطروق	٢٣٣
٢٠٠٩	٢٠	أدب	مزمّل سلمان غندور	وجوه في الزحام	٢٣٤
٢٠٠٩	٢٠	أدب	مزمّل سلمان غندور	حكايات أم درمان الكريمة	٢٣٥
٢٠٠٩	٢٠	رواية	مزمّل سلمان غندور	الحلم والقدر	٢٣٦
٢٠٠٩	٢٠	أدب	مزمّل سلمان غندور	حكايات أم درمان القديمة	٢٣٧
٢٠٠٩	٢٠	رواية	مزمّل سلمان غندور	أيام زمان	٢٣٨
٢٠٠٩	١٥	دراسة	بربرا كاشياري	سلسلة محاضرات مركز لبحوث ولوثق الاقتصادية والقانونية بالخرطوم بالمركز الثقافي الفرنسي	٢٣٩
٢٠٠٩	٢٥	دراسة	د. عبدالله محمد قسم اسيد	الهوية وتمزق الدولة السودانية	٢٤٠
٢٠٠٩	٢٥	دراسة	د. نصر الدين سليمان على فضل الله	الشعر الشعبي عند الشايقة اثاره وأنعكاساته الاجتماعية	٢٤١
٢٠٠٩	٨	دراسة	د. بحر الدين عوض شقف	التفسير بمنهج جغرافي	٢٤٢
٢٠٠٩	١٠	مجموعة قصصية	مها عبدالمنعم	مدبلة مجهولة لهوية	٢٤٤٤
٢٠٠٩	١٠	دراسة	متوكل علي محمددين	ضمور الفكر العربي المعاصر (بحوث حول الواقع الراهن)	٢٤٥
٢٠٠٩	١٠	رواية	محمد الفكي سليمان	حكايات السوق القديم	٢٤٦
٢٠٠٩	٢٠	سياسة	الأمين عبداللطيف	من دبلوماسية	٢٤٧
٢٠٠٩	٨	دين	سعاد بابكر محمد علي	السيرة العطرة في نيت زمول الله (صلى الله عليه وسلم)	٢٤٨
٢٠٠٩	١٠	مجموعة قصصية	عمر الحويج	إليكم أعود وفي كفي القمر	٢٤٩
٢٠١٠	١٠	رواية	عبدالحميد محمد احمد	مجنون	٢٥٠
٢٠١٠	١٠	دراسة	عمرو منير	جينات سودانية	٢٥١
٢٠١٠	١٠	دراسة	انتصار إبراهيم محجوب	الاينكتيت	٢٥٢
٢٠١٠	١٠	مجموعة قصصية	مزمّل سلمان غندور	أولاد الحلة	٢٥٤
٢٠١٠	١٠	مجموعة قصصية	مزمّل سلمان غندور	طلحة والزبير	٢٥٥

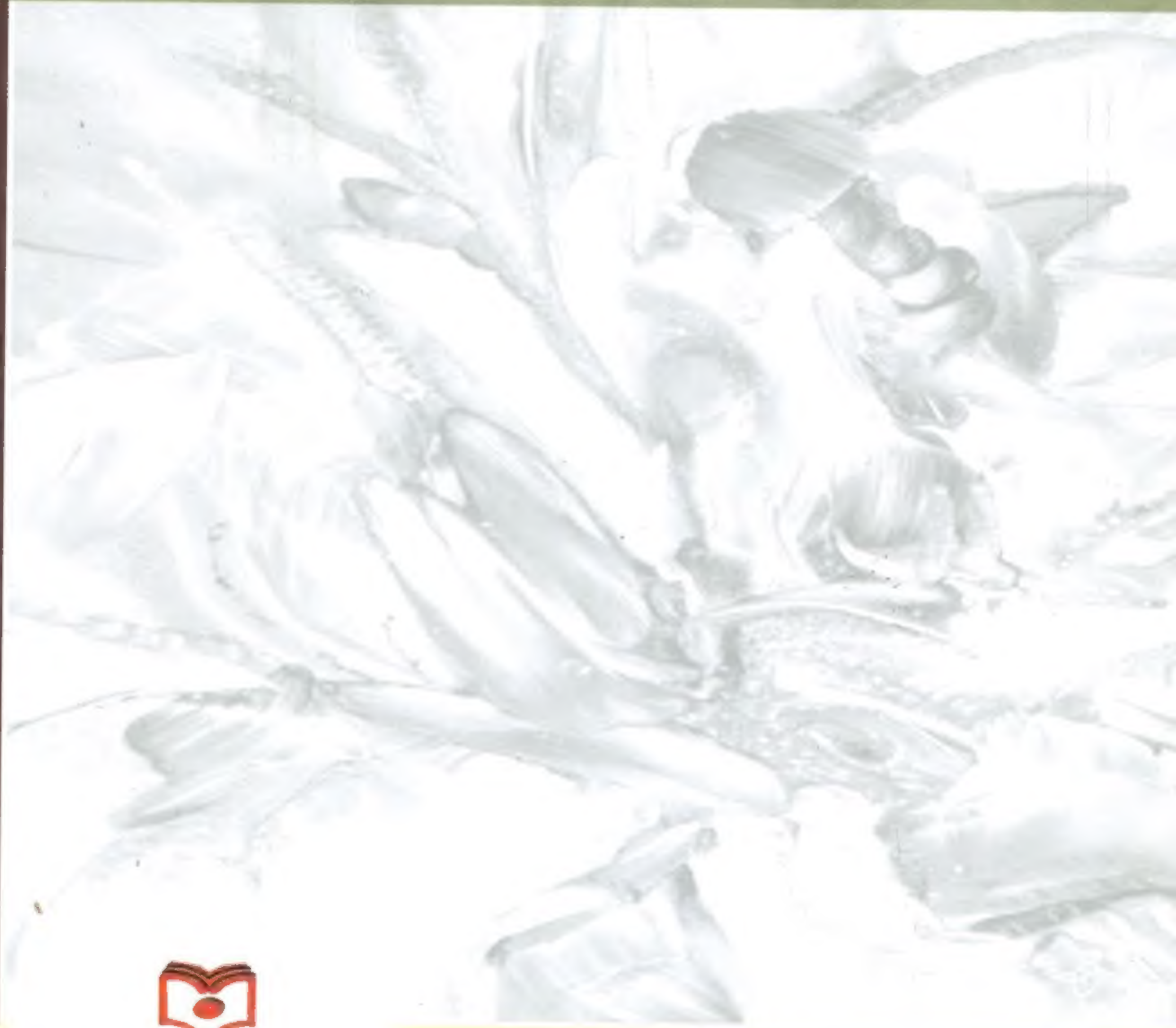


٣٥٦	الحب في أم درمان-القديمة	مزمل سلمان غندور	مجموعة قصصية	١٥	٢٠١٠
٣٥٧	ما بين ٢٥ مايو إلى ٣٠ يونيو	مزمل سلمان غندور	مذكرات	١٥	٢٠١٠
٣٥٨	الصفوة السودانية	عمرو منير	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٥٩	أشواق للسيف المبصر	موسى إبراهيم محمد	مذكرات	١٥	٢٠١٠
٣٦٠	مذكرات معتقل سياسي	صديقي كبلو	مذكرات	١٥	٢٠١٠
٣٦١	الخندق (الجزء الثاني)	عبد الحميد محمد أحمد	تاريخ	٢٠	٢٠١٠
٣٦٢	الصورة في الصحافة السودانية	د. نصر الدين سليمان	دراسة	١٥	٢٠١٠
٣٦٣	المختار من شعر الحماسة السودانية	عبد الحميد محمد أحمد	شعر	٢٠	٢٠١٠
٣٦٤	جلوب السودان	د. ماجد بوب	سياسة	٣٠	٢٠١٠
٣٦٥	رؤى ومشاهد في شئون الأسرة	رقية عبدالقادر شريف	دراسة	٢٠	٢٠١٠
٣٦٦	دارفور من أزمة دولة إلى صراع لقوى العظمى	د. عبده مختار موسى	سياسة	٢٠	٢٠١٠
٣٦٧	نريد أرض لرتريا وليس شعبها	الامين محمد سعيد	دراسة	١٢	٢٠١٠
٣٦٨	ارتريا أرض البحر - الجزء الأول (الاطماع)	الامين محمد سعيد	دراسة	٢٠	٢٠١٠
٣٦٩	بنيان الوعي المسلم ومشروع الإنسان الكامل	عبد المؤمن إبراهيم أحمد	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٧٠	خطوة نحو تثقيف الداعية المعاصر	كمال عبدالمنعم صباحي	دراسة	١٠	٢٠١٠
٣٧١	الجريمة في أم درمان - غندور	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٢	أولاد الحلة	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٣	ما بعد أيام زمان	مزمل سلمان غندور	دراسة	١٥	٢٠١١
٣٧٤	ما وراء الامتار	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٥	عائشة وزينب	مزمل سلمان غندور	رواية	١٠	٢٠١١
٣٧٦	تاريخ مدينة العليفون	علي الفكي	تاريخ	١٥	٢٠١١
٣٧٧	دموع في عيون بريئة	مناهل الماحي	رواية	١٥	٢٠١١
٣٧٨	شجون وعيون	مجددي عبدالوهاب	شعر	٨	٢٠١١
٣٧٩	ما بهذا بعث النبي	د. يوسف عبدالله	دراسة	١٠	٢٠١١
٣٨٠	الصعود نحو الشمس	مها عبدالمنعم	رواية	٥	٢٠١١
٣٨١	صدر تحت تحناني	هثيم مامان	شعر	٨	٢٠١١
٣٨٢	شعراء متمردون	عبد الحميد محمد أحمد	دراسة	١٠	٢٠١١
٣٨٣	الهوية والجنسية السودانية	الطيب عبدالجليل حسين محمود	قانون	٢٠	٢٠١١
٣٨٤	الحرب لم تكن خيارى	ابن ساسم حمد النيل	رواية	٨	٢٠١١





من دراستنا لتاريخ نشأة الخدمة الاجتماعية وتطور قيمها ومبادئها ومواثيقها كمهنة يتضح لنا أن اخلاقياتها ترجع إلى جهود الخيرين وإلى عمليات البر والإحسان ذات المنطلقات الدينية البحتة في البلدان الأوربية ، ولكنها بالتدريج ابتعدت عن الجوانب الخيرية والتطوعية وأصبحت ممارستها تقوم بالتدريج على أسس عقلانية وعلى دوافع اقتصادية مصاحبة للنزعة الإنسانية لمهنة الخدمة الاجتماعية كغيرها من مهن المساعدة الإنسانية التي ينبغي أو يجب أن تنتفى عنها النزعة المادية أو الربحية من قبل ممارسيها .



دار عزة للنشر والتوزيع  
الخرطوم - السودان  
ناشرون وموزعون ووكلاء دور نشر

Bibliotheca Alexandrina



0942274

جمال خليفه